

INSTITUTO
SUPERIOR
DE CONTABILIDADE
E ADMINISTRAÇÃO
DO PORTO
POLITÉCNICO
DO PORTO

P.PORTO

M

MESTRADO

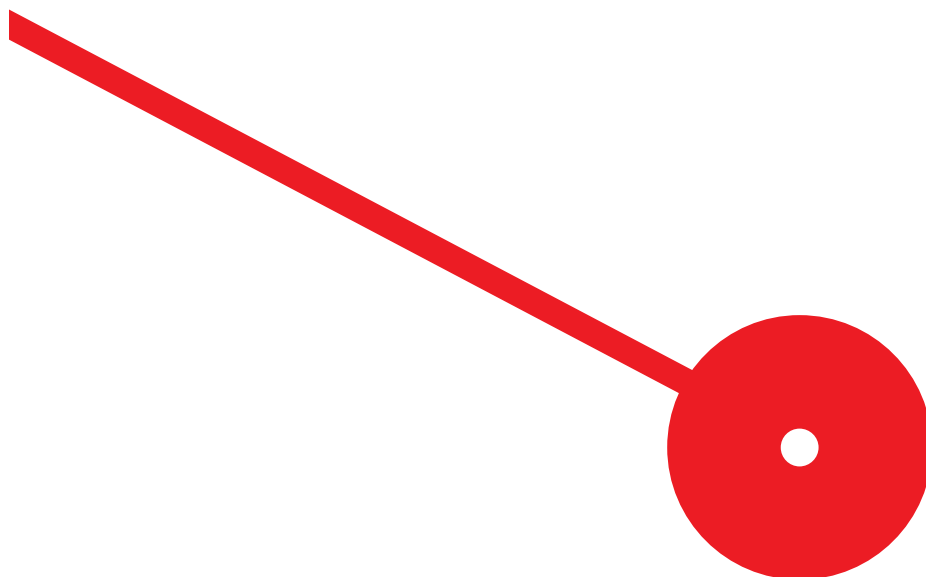
Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos

Saúde Mental, *Burnout*, *Coping* e Suporte Social em Profissionais de Saúde durante a Pandemia COVID-19

Ana Carolina Gonçalves de Vasconcelos

09/2021

Ana Carolina Gonçalves de Vasconcelos
Saúde Mental, *Burnout*, *Coping* e Suporte Social em Profissionais de Saúde durante a Pandemia COVID-19
09/2021





MESTRADO

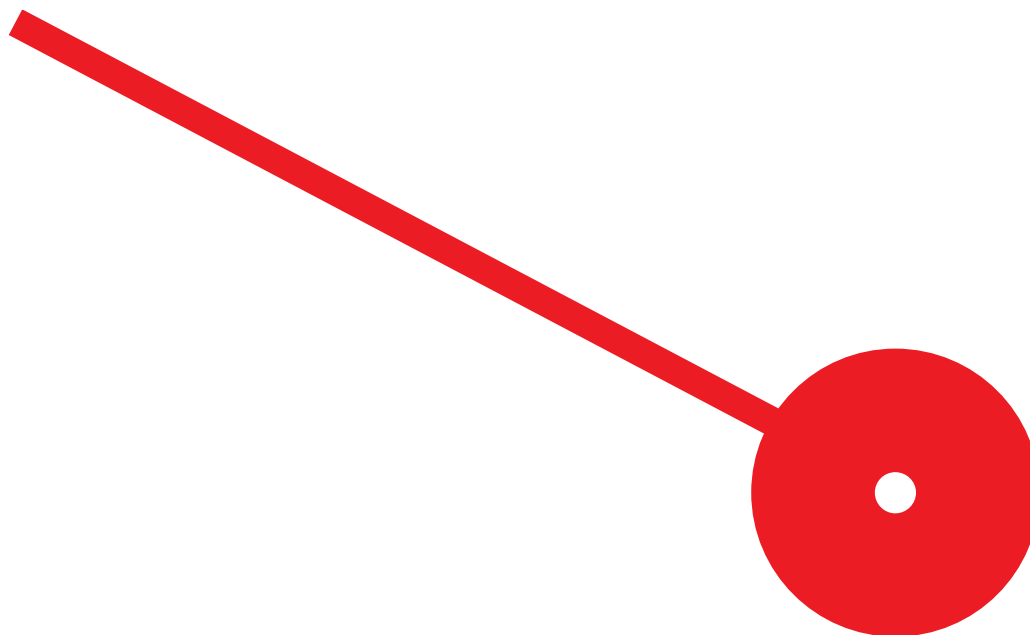
Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos

Saúde Mental, *Burnout*, *Coping* e Suporte Social em Profissionais de Saúde durante a Pandemia COVID-19

Ana Carolina Gonçalves de Vasconcelos

Dissertação de Mestrado

apresentado ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração
do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e
Desenvolvimento de Recursos Humanos, sob orientação do Professor
Doutor Manuel Salvador Gomes de Araújo



Agradecimentos

A presente dissertação trata-se de um culminar de um objetivo pessoal e acadêmico a que me submeti e que não seria possível sem a ajuda essencial de diversas pessoas.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Manuel Salvador Gomes de Araújo, por todo o trabalho de orientação, pela disponibilidade e tempo despendido, que foram essenciais para a conclusão desta dissertação.

Em segundo lugar, aos meus pais e irmã, pela motivação, paciência e apoio. Obrigada por estarem presentes em todas as etapas deste desafio e por acreditarem sempre em mim.

Aos meus amigos, agradeço toda a ajuda oferecida quer na motivação constante, quer por todos os desabafos que ouviram e por se mostrarem sempre presentes nos momentos mais difíceis.

Todas estas pessoas foram fundamentais para o sucesso desta investigação.

Muito obrigada!

Resumo:

A sociedade atual depara-se com uma tarefa árdua em combater um vírus que surgiu no final do ano 2019 denominado por COVID-19. Uma das classes profissionais mais afetada consistiu nos profissionais de saúde por constituírem um grupo de alto risco que se encontra na primeira linha de combate, por isso considerou-se importante analisar e entender como estes atuam e reagem aos novos desafios encontrados no seu dia a dia. A questão “*Qual o nível de saúde mental, burnout, estratégias de coping e suporte social percebido dos profissionais de saúde em Portugal durante a pandemia COVID-19?*” orientou o presente estudo. Assim, pretendeu-se analisar as principais temáticas relacionadas com a Saúde Mental da amostra de profissionais de saúde em contexto de pandemia, tais como os níveis de *Depressão, Ansiedade, Stress e Burnout*, bem como os Moderadores de *Stress*, nomeadamente os *Estilos de Coping, Suporte Social* e outros moderadores relevantes para a investigação atual. Para a realização deste estudo, foi utilizada uma metodologia quantitativa e transversal, com análises descritivas, correlacionais, preditivas e comparativas. Os dados foram recolhidos através de um questionário online realizado na plataforma *Google Forms*, onde se obteve 203 respostas. A análise dos dados obtidos foi feita utilizando o IBM-SPSS (versão 26.0). Os resultados revelam que ser solteiro, não possuir filhos, não desempenhar cargos de chefia e menor experiência profissional representam valores mais elevados na escala da saúde mental (DASS-21) e na escala do *burnout* (MBI-HSS). Ainda, as pontuações da escala DASS-21 e subdimensões posicionaram-se dentro dos padrões normais, detetou-se a existência de *burnout* na amostra, um suporte social percebido elevado e, os estilos de *coping* mais utilizados foram os adaptativos, nomeadamente Planeamento, *Coping* Ativo e Aceitação. Desta forma, concluiu-se que os profissionais de saúde após 1 ano de pandemia reportaram valores normais no que diz respeito à Saúde Mental e sintomas de *burnout*, por outro lado revelaram sentir suporte social elevado e demonstraram que utilizaram estratégias de *coping* adaptativo com maior frequência.

Palavras chave: Saúde Mental; COVID19; Recursos Humanos; Profissionais de Saúde; *Coping*; Suporte Social.

Abstract:

Nowadays our society struggles with an arduous task fighting a deadly virus which emerged by the end of 2019, named COVID-19. One of the most affected professional groups were the healthcare workers considering how much of a major group risk they were in the front line. Therefore, it is fundamental to scrutinize and understand how they act and respond to these new challenges. The question “*What’s the level of mental health, burnout, coping strategies and perceived social support of healthcare workers in Portugal during the COVID-19 pandemic?*” guided the present study. Thereby, we intended to analyze the main topics regarding Mental Health’s issues of the healthcare workers embodied in this sample during the pandemic period, such as levels of Depression, Anxiety, Stress and Burnout, as well as Stress Moderators, in particularly, Coping Styles, Social Support and other relevant moderators to the actual investigation. In order to refine this study, a quantitative and transversal methodology was used with descriptive, correlated, predictive and comparative analyses. The data were collected by an online questionnaire held in Google Forms, where 203 answers were obtained. The data analysis was accomplished by using the IBM-SPSS (version 26.0). The results reveal that being unmarried, childless, with a non-managerial post and no experience represents higher values on the mental health scale (DASS-21) and burnout scale (MBI-HSS). Additionally, the DASS-21 and its dimensions scores in this study were considered normal, the sample presented Burnout symptoms, high scores on the Social Support scale (MSPSS) and the coping styles widely used were adaptative such as Planning, Active Coping and Acceptance. In conclusion, after one year since the beginning of the pandemic, this investigation demonstrates that the healthcare workers reported normal levels regarding mental health and symptoms of burnout, whereas social support was revealed to be higher as the adaptative coping strategies were manifestly used more frequently.

Key words: Mental Health; Coping; Social Support; COVID19; Human Resources; Healthcare workers

Índice geral

Introdução	1
Capítulo I – Fundamentação Teórica	7
1.1 Saúde Mental e <i>Burnout</i> em Profissionais de Saúde.....	9
1.1.1 Saúde mental em profissionais de saúde.....	9
1.1.2 <i>Burnout</i> em profissionais de saúde	13
1.2 Moderadores de <i>Stress</i>	17
1.2.1 Estilos de <i>Coping</i>	18
1.2.2 Suporte Social.....	20
1.2.3 Outros Moderadores de <i>Stress</i>	23
Capítulo II – Metodologia.....	29
2.1 Objetivos	31
2.2 Hipóteses de Investigação	32
2.3. Procedimentos de Recolha de Dados	33
2.4 Instrumentos	33
2.5. Procedimentos estatísticos.....	37
2.6 Amostra	38
Capítulo III – Apresentação e discussão de resultados	41
3.1 Validação dos Instrumentos	43
3.2 Teste de Hipóteses.....	45
3.3 Análises Exploratórias.....	57
3.4 Discussão de Resultados	60
Capítulo VI – Conclusões.....	68
4.1 Conclusões	70
4.2 Limitações	70
4.3. Sugestões de investigação e intervenção futura	71
Referências bibliográficas.....	72

Índice de Figuras

Figura 1: Dieta Mental Saudável

Figura 2: Modelo Teórico sobre a Relação dos Traços de Personalidade e Ansiedade, Ansiedade COVID-19 e Síndrome da Ansiedade COVID-19

Figura 3 - Histogramas com Curva Normal das Escalas (n=203)

Figura 4 – Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e CNADAP

Figura 5 - Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e MSPSS

Figura 6 - Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e EE

Figura 7 - Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e DP

Figura 8 - Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e RP

Índice de Tabelas

- Tabela 1: Informação relativa ao COVID-19
- Tabela 2: Amostra do Estudo de Alkhamees e colaboradores (2021)
- Tabela 3: Principais Estratégias de *Coping*
- Tabela 4 - Principais características da escala DASS-21
- Tabela 5 - Principais características da escala MBI-HSS
- Tabela 6 - Principais características da escala Brief COPE
- Tabela 7 - Principais características da escala MSPSS
- Tabela 8 - Caracterização demográfica da amostra (n=203)
- Tabela 9 - Caracterização profissional da amostra (n=203)
- Tabela 10 - Alfa de *Cronbach* das Escalas Utilizadas (n=203)
- Tabela 11 - Alfa de *Cronbach* das Subdimensões das Escalas (n=203)
- Tabela 12 - Alfa de *Cronbach* da Escala MBI-HSS (versão original)
- Tabela 13 - Estudo de Normalidade (Curtose e Assimetria) das Escalas (n=203)
- Tabela 14 - Estudo de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk) das Escalas (n=203)
- Tabela 15 - Valores Médios das Subescalas Depressão, Ansiedade e Stress (n=203)
- Tabela 16 - Descritivas do *coping* por ordem decrescente dos valores médios (n=203)
- Tabela 17 - Valores Médios das Subescalas e da Escala Total MSPSS
- Tabela 18 - Quantidade e Percentagem da amostra com sintomas de *burnout* (EE, DP e RP) (n=203)
- Tabela 19 - Correlações Spearman significativas entre DASS, MSPSS, *Coping* Adaptativo, *Coping* Não Adaptativo, EE, DP e RP (n=203)
- Tabela 20 - Comparação dos valores de saúde mental da presente dissertação com estudos anteriores
- Tabela 21 - Teste Mann-Whitney à variável Estado Civil (n=203)
- Tabela 22 - Teste de Kruskal-Wallis à variável Quantidade de Filhos (n=203)
- Tabela 23 - Teste de Kruskal-Wallis à variável Categoria Profissional (n=203)
- Tabela 24 - Análise de Variância (One Way ANOVA) à variável Categoria Profissional (n=203)
- Tabela 25 - Teste Mann-Whitney à variável Funções de Chefia
- Tabela 26 - Teste de Kruskal-Wallis à variável Anos de Serviço (n=203)
- Tabela 27 - Comparação percentual de sintomas de *burnout* de estudos anteriores com o atual
- Tabela 28 - Estratégias de *Coping* Adaptativo mais utilizadas pelos Enfermeiros
- Tabela 29 - Estratégias de *Coping* Adaptativo mais utilizadas pelos Médicos

Lista de abreviaturas

COVID-19 - Coronavírus Sars-Cov2
SARS - Surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave
GAD-7 - *Generalized Anxiety Disorder Screener*
DASS - *Depression Anxiety Stress Scale*
MBI-HSS - *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*
EE – Exaustão Emocional
DP – Despersonalização
RP – Realização Pessoal
MSPSS - *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*
MBI-ES - *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey*
MBI-GS - *Maslach Burnout Inventory – General Survey*
IBM SPSS – *IBM Statistical Package for the Social Sciences*
CADAP- Estilos de *Coping* Adaptativo
CNADAP – Estilos de *Coping* Não Adaptativo
ACP - Análise e Componentes Principais
KMO - Kaiser-Meyer-Olkin
EPIs - Equipamentos de Proteção Individual

O ano 2020 iniciou com o aparecimento de uma nova realidade que viria a impor à humanidade um conjunto de exigências graves, tendo em conta a história recente da humanidade no planeta nas últimas décadas. Desde a 2ª Grande Guerra que a espécie humana não tinha um desafio global tão avassalador, razão pela qual se movimentaram diferentes esforços oriundos de distintas instituições, profissionais e coletividades para lidar com este fenómeno extremo que é uma Pandemia. Esta pandemia provocada pelo coronavírus Sars-Cov2, conhecida comumente como COVID-19, viria a despoletar uma onda de acontecimentos sociais pouco previsíveis e de grande impacto na vida das pessoas, estando em causa a vida e a saúde individual e pública, razão pela qual foram necessárias medidas, também elas extraordinárias, no sentido de uma melhor resposta à situação.

Foram os profissionais de saúde aqueles mais diretamente lidaram com as respostas ao fenómeno, sendo também eles os primeiros a sentir os danos colaterais desta intervenção de crise, mas que se prolongou no tempo, com claros danos físicos, mentais e sociais. Em diferentes períodos do confinamento, os diferentes profissionais de saúde, deixaram as suas casas, as suas famílias e as suas comunidades próximas, para se juntarem em equipas de primeira linha no salvamento de vidas humanas, colocando a própria vida em risco, tendo muitos deles adoecido e sofrendo também baixas por morte provocada por exposição ao vírus. Em diferentes “ondas pandémicas”, estes profissionais foram lidando, com as fragilidades do sistema, com os medos pessoais, com o sofrimento dos seus utentes e familiares, e com a incerteza de cada dia, o que obviamente nos parece ser impactante.

Como foi afetada a saúde mental destes profissionais? As prevalências de Depressão, de desordens de Ansiedade, de *Stress* intenso aumentaram nesta população? Foram detetados sintomas de *Burnout*? Como lidaram eles com este Stressor anómalo? Que estratégias foram mais adequadas e menos adequadas? Focaram-se nas emoções? Focaram-se no problema? Evitaram situações? Confrontaram-se com as situações? Que perceção tiveram em termos de suporte social? Estas e outras questões nortearam a elaboração deste projeto de investigação, pois, foi claro para a sociedade o esforço colossal ao qual estes profissionais estiveram expostos, razão pela qual se torna pertinente avaliar o grau de consequências ao nível mental, assim como os fatores que eventualmente foram protetores no processo.

Nesta investigação propõe-se analisar um grupo específico de profissionais, neste caso os profissionais de saúde em Portugal, durante um determinado período da pandemia COVID-19, e iremos focar-nos nas questões de saúde mental, *burnout*, nas estratégias de *coping* para lidar com as suas duras exigências, assim como a perceção de suporte social sentido, e influenciadoras do quotidiano deste grupo profissional neste período.

Tabela 1

Informação relativa ao COVID-19

1ª Infecção Identificada	
Nível Mundial	dezembro de 2019
Portugal	2 de março de 2020
Número de Casos	
Nível Mundial	250.762.232
Portugal	1.097.557
Número de Mortes	
Nível Mundial	5.067.727
Portugal	18.203

Fontes: (Cháíça, 2020; DGS, 2021; Worldometer, 2021)

Na Tabela 1 podemos constatar que a informação disponibilizada referente a novembro de 2021, nomeadamente em relação ao número de casos e mortes ocorridos em Portugal e no mundo, que a propagação deste vírus se tornou num desafio a nível global e impactante na vida de toda a população. Tornando-se assim, num dos motivos que comprova a pertinência do tema em questão. Imediatamente antes de entregar a dissertação para ser avaliada, os números de casos eram de 250.762.232, e as mortes eram de 5.067.727 no mundo, e em Portugal os casos eram 1.097.557 e 18.203 mortes (Worldometer, 2021).

Surgiu então o interesse de investigar as consequências a nível de saúde mental nos profissionais de saúde, pelo facto de ter sido um segmento da população que

continuou a trabalhar ininterruptamente, numa situação crítica, assumindo o risco de serem afetados pela COVID-19, sendo, por isso, considerados como dos mais vulneráveis e suscetíveis a desenvolverem *Stress* psicológico e outros sintomas de saúde mental (Babore, Lombardi, Viceconti, Pignataro, Marino, Crudele *et al.*, 2020).

No entanto, a bravura e motivação deste grupo não é suficiente para os proteger de problemas relacionados com a saúde mental. Com base num estudo realizado durante o Surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) de 2003, os profissionais de saúde demonstraram problemas de saúde mental e cerca de 10% reportaram níveis mais elevados de *Stress*. Outro estudo sobre o surto de Ébola, concluiu que os profissionais de saúde apresentavam sintomas psicológicos significativos, incluindo Depressão, sensibilidade interpessoal e até ideias paranoicas (Hou, Zhang, Cai, Song, Chen, Deng *et al.*, 2020).

Alguns dos objetivos desta dissertação consistiram em analisar se existiu diferença entre dados pré-pandémicos e peri-pandémicos no que diz respeito à saúde mental deste grupo, perceber se tal aconteceu num grupo específico, nomeadamente no sexo feminino ou em indivíduos com filhos a seu cargo, ou se os valores encontrados foram agravados de uma forma geral não discriminatória.

Depois de uma breve introdução acerca do tema, teremos duas secções essenciais. Numa primeira fase, a fundamentação teórica dividida por dois temas, nomeadamente a “Saúde Mental e *Burnout* em Profissionais de Saúde”, que nesta dissertação apenas abordará as questões relativas à Ansiedade, Depressão, *Stress* e *Burnout*. O segundo tema consistirá nos “Moderadores de Stress”, que debruçar-se-á no Suporte Social, nos Estilos de *Coping* e em Outros Moderadores de *Stress*. O último subcapítulo do segundo tema irá analisar com maior detalhe os traços de personalidade, o seu papel como moderador de *stress* e, salientar outros moderadores, como a resiliência, autoestima e a dieta mental saudável.

Após uma análise teórica acerca da temática em estudo, existirá a secção empírica que será contemplada pela metodologia, onde serão apresentados os objetivos do estudo e o procedimento que conduziu esta investigação, nomeadamente os instrumentos utilizados, as hipóteses definidas e a caracterização da amostra. De seguida, a apresentação e discussão dos resultados, onde se apresentam os dados recolhidos e se realiza uma interpretação dos mesmos. A dissertação terá a sua conclusão com a

apresentação das considerações finais, onde são enunciadas as limitações, as conclusões e, sugestões para estudos futuros.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Saúde Mental e *Burnout* em Profissionais de Saúde

1.1.1 Saúde mental em profissionais de saúde

O capítulo que se segue pretende abordar a temática da saúde mental nos profissionais de saúde em Portugal através da literatura de referência no tópico, assim como de estudos anteriores que tenham utilizado os mesmos instrumentos de avaliação que a presente dissertação, de forma a possibilitar a comparação dos dados apresentados nesses estudos com os dados que irão ser apresentados no estudo atual.

A saúde mental é vista como um “estado de bem-estar no qual um indivíduo compreende as suas próprias capacidades, consegue lidar com os novos desafios da vida, consegue trabalhar produtivamente e está capacitado para contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2018). Existe uma panóplia de instrumentos utilizados para a medir, nomeadamente instrumentos relacionados com a Ansiedade, *Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7)* e *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*; instrumentos relacionados com o distúrbio bipolar, *Diagnosing Bipolar Disorder*; instrumentos relacionados com o distúrbio de personalidades, *The ICD-10 International Personality Disorder Examination*; instrumentos relacionados com o distúrbio do Stress pós-traumático, *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*; instrumentos dirigidos ao *burnout*, *Maslach Burnout Inventory*, entre outros. Nesta dissertação, o tema saúde mental irá focar-se apenas nas variáveis relativas à Ansiedade, Depressão, Stress e *Burnout*, pelo facto de se tratar das variáveis estudadas pelos instrumentos selecionados para examinar a amostra, nomeadamente o DASS-21 e o MBI-HSS.

Relativamente ao instrumento *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)*, os autores Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006) caracterizaram os estados de humor avaliados no instrumento em análise, com base na teoria de Clark e Watson (1991), referindo que a Ansiedade é caracterizada pela hiperestimulação fisiológica, a Depressão pelo baixo afeto positivo, desesperança, reduzida autoestima e incentivo e o Stress pela tensão persistente, irritabilidade e pela facilidade de se sentir frustrado (Clark & Watson, 1991, citado por (Apóstolo *et al.*, 2006). Por outro lado, o segundo instrumento referido denominado por *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)*, tem como objetivo avaliar o *Burnout* em profissionais que exercem na área dos serviços humanos e de saúde e divide a temática *Burnout* em três dimensões, nomeadamente a

Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal (Halbesleben & Buckley, 2004; Vanheule, Rosseel & Vlerick, 2007).

Ansiedade, Depressão e Stress

Iremos aqui abordar os dados estatísticos e conclusões retiradas de estudos anteriores referentes às variáveis *Ansiedade, Depressão e Stress*. Além do mais, realizar-se-á uma comparação de informação entre os estudos analisados.

O estudo de Elbay, Kurtulmuş, Arpacioğlu e Karadere (2020), utilizou o mesmo instrumento que a dissertação atual (DASS-21) e relatou valores como 64,7% referentes a sintomas de *Depressão*, 51,6% de *Ansiedade* e 41,2% de *Stress* numa amostra de 442 profissionais de saúde. Os autores constataram que os valores reduzidos da escala DASS-21 e da pontuação das subescalas estavam associados com o facto de um indivíduo ser casado, possuir um filho e dividir a residência com a sua família. Enquanto a idade jovem, o género feminino, a menor experiência profissional e trabalhar na linha da frente representavam pontuações mais altas na escala em questão (Elbay *et al.*, 2020).

Os autores de outro estudo realizado na Jordânia após 5 meses da data em que a pandemia COVID-19 foi declarada a nível mundial, reportaram resultados diferentes provenientes do mesmo instrumento, atribuindo valores extremamente severos de *Depressão* (40%), de *Ansiedade* (60%) e de *Stress* (35 %) numa amostra em que 69,3% eram enfermeiros. Ao contrário do estudo anterior, este estudo apontou como fatores associados à angústia psicológica, o género masculino, a idade igual ou superior a 40 anos e a maior experiência profissional. Uma das justificações apresentadas em relação à idade, consistiu na probabilidade de pessoas mais velhas possuírem problemas de saúde que os tornem mais propensos a complicações e o medo de trazer o vírus para casa para os seus familiares (Alnazly, Khraisat, Al-Bashaireh & Bryant, 2021).

O terceiro estudo selecionado cujo metodologia é igual à dos estudos anteriormente abordados, realizou uma investigação a uma amostra com um total de 3.770 respostas em que 76,2% representava os inquiridos do sexo feminino, a média de idades era de 41 anos e 60,2% dos inquiridos exercia a profissão de enfermeiro. Da globalidade dos inquiridos, 21,6%, 28,6% e 28% demonstraram sintomas moderados a extremamente severos de *Depressão, Ansiedade e Stress*, respetivamente. Neste estudo, os fatores associados com pontuações mais elevadas da escala foram divididas em duas secções: a vertente profissional, nomeadamente, a preparação clínica inadequada, a mão-de-obra

inadequada, a realização de uma triagem de pacientes devido à falta de camas/equipamentos disponíveis, a responsabilidade por colegas de trabalho e, o cumprimento da sua profissão numa área externa à sua formação e, a vertente virológica, como o medo de transmitir o vírus à família e de o contrair (Hammond, Crowe, Abbenbroek, Elliot, Tian, Donaldson *et al.*, 2021). As conclusões retiradas do terceiro estudo foram de encontro às do primeiro, nomeadamente nos fatores associados às pontuações reduzidas da DASS-21, sendo estes o género masculino, a idade superior (>65 anos) e residir com crianças (Hammond *et al.*, 2021).

O quarto estudo analisado teve como objetivo comparar os dados recolhidos através do DASS-21 entre o primeiro pico COVID-19 e o segundo. A amostra em estudo contemplou um total de 2.460 voluntários, onde 66,5% pertenciam ao sexo feminino e 33,5% ao sexo masculino. Relativamente às suas profissões, 37,6% eram médicos, 41,2% enfermeiros e 21,2% constituíam a categoria de outros profissionais de saúde. Os dois grupos em análise não eram estatisticamente diferentes em relação à idade, género, estado civil, estatuto educacional e categoria profissional (Gündoğmuş, Ünsal, Bolu, Takmaz, Ökten, Aydın *et al.*, 2021). A investigação de Gündoğmuş e colaboradores (2021) confirmou que os valores de *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress* nos profissionais de saúde inquiridos eram superiores em relação ao primeiro pico. A justificação de tal resultado pode ser devido ao prolongamento da pandemia COVID-19 e, por sua vez, o aumento das horas de trabalho longas e intensas, causando uma subida dos níveis de *burnout* (Matsuo, Kobayashi, Taki, Sakamoto, Uehara, Mori *et al.*, 2020). Em relação às restrições aplicadas durante este período para prevenir o contágio, podem ter impedido ou dificultado o acesso a métodos de reabilitação mental, nomeadamente o exercício físico no exterior e o convívio, e prejudicado os valores de *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress* dos indivíduos com o isolamento obrigatório nas suas residências (Mucci, Mucci & Diolaiuti, 2020). Finalmente, o surgimento de novas mutações do vírus pode aumentar exponencialmente os efeitos psicológicos entre picos (Gündoğmuş *et al.*, 2021).

No que diz respeito a estudos realizados em Portugal, com o mesmo instrumento de medição, durante a pandemia COVID-19, o estudo de Sampaio, Sequeira e Teixeira (2020) contemplou na sua amostra 767 enfermeiros, com uma idade média de 39,1 anos. Nesta amostra, o sexo predominante correspondeu ao feminino (80,7%) e relativamente ao estado civil, 64,1% eram casados e 28,1% solteiros. Os valores médios obtidos através do instrumento DASS-21 nesta população foram 4, 4,2 e 7,3 em relação à *Depressão*,

Ansiedade e *Stress*, respetivamente. Os autores do estudo concluíram que os fatores associados a pontuações altas foram o trabalho em excesso, o medo de contração do vírus e transmissão do mesmo a amigos e familiares e, o equipamento individual de proteção insuficiente ou inadequado. Ainda, concluíram que obtiveram níveis de *Ansiedade*, *Stress* e *Depressão* tendencialmente mais elevados pelo facto de se tratar de uma amostra composta apenas por enfermeiros com contacto direto com pacientes infetados pelo vírus (Sampaio *et al.*, 2020).

O segundo estudo português selecionado teve como objetivo avaliar e comparar os sintomas de *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* de enfermeiros no início da pandemia COVID-19 e seis meses mais tarde, bem como o uso de estratégias de promoção de saúde mental. A amostra do estudo de Pinho, Correia, Sampaio, Sequeira, Teixeira, Lopes e colaboradores (2021) foi composta por 199 enfermeiros, com uma média de idade de 38,3 anos, onde 80,4% pertenciam ao sexo feminino, 63,3% eram casados e 30,2% solteiros. Na fase inicial, os resultados médios da DASS-21 relativamente à *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* foram 3,63, 3,78 e 7,20, respetivamente. Após meio ano, os valores das três subescalas diminuíram para 3,52, 3,15 e 6,32. Relativamente às estratégias de promoção de saúde mental, os autores afirmam que os enfermeiros que usaram mais frequentemente este tipo de estratégias, nomeadamente através de atividades recreativas, demonstraram valores mais reduzidos de *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* em comparação com os enfermeiros que não recorreram a estratégias de *coping* (Pinho *et al.*, 2021).

Relativamente a estudos realizados a este grupo profissional, pré-pandemia em Portugal, consideramos relevante analisar e expor os seus resultados como forma de comparação com os resultados da presente dissertação.

O primeiro estudo de Ferreira (2020) que consistiu na análise dos níveis de *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* num grupo de 42 enfermeiros do serviço de urgência. Esta amostra contou com a participação de 28 enfermeiros do sexo feminino (66,7%), 26 participantes solteiros (61,9%) e 30 não possuíam filhos (71,4%). Os resultados obtidos demonstraram que 78,6% dos inquiridos apresentavam sintomas depressivos classificados dentro dos padrões de normalidade, contudo 16,7% apresentava sintomas depressivos de moderados a graves. No caso da dimensão da *Ansiedade*, 78,6% apresentavam sintomas de ansiedade de normal a ligeiro e 21,4% apresentavam sintomas de *Ansiedade* moderada a grave. Por fim, cerca de 73,8% apresentavam sintomas de

Stress dentro dos padrões de normalidade, enquanto 26,2% apresentavam sintomas de *Stress* de ligeiro a moderado (Ferreira, 2020).

Outro estudo relevante para a presente investigação, pertenceu a Baltar (2011) cujo objetivo se centrou na relação entre a qualidade de sono e os níveis de *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* de 101 enfermeiros. Dos participantes, 45,5% pertencia ao grupo etário dos 27-32 anos, 82,2% tratava-se de indivíduos do sexo feminino, 51,5% eram solteiros. Em relação aos filhos, 26,7% tinham um ou mais filhos e o grupo etário predominante dos filhos pertenceu ao intervalo de 0-3 anos de idade (36,0%). O tipo de vínculo de trabalho predominante é o Contrato Individual de Trabalho sem termo (90,1%). Os valores obtidos nesta investigação afirmaram que 98% da amostra demonstrou sintomas depressivos de normal a moderado. Em relação à *Ansiedade*, 86,1% apresentaram sintomas de *Ansiedade* classificados dentro dos padrões de normalidade. Por último, 59,4% apresentou sintomas de *Stress* dentro dos padrões de normalidade e 32,7% apresentou sintomas de *Stress* de ligeiro a moderado. Assim, Baltar conclui que a dimensão do *Stress* correspondeu à subescala com os valores mais elevados (Baltar, 2011).

Como vimos neste subcapítulo as questões associadas às variáveis *Ansiedade*, *Depressão* e *Stress* analisadas pelo instrumento DASS-21, concluiu-se que os quatro estudos internacionais reportaram pontuações elevadas e preocupantes destes valores nos profissionais de saúde. Além disso, referiram fatores que foram associados com as pontuações mais elevadas, nomeadamente o estudo de Elbay e colaboradores (2020) e o estudo de Hammond e colaboradores (2021) que defenderam que se trataria do género feminino, idade inferior e o facto de residir sozinho no seu alojamento. No que diz respeito às investigações portuguesas pré e peri pandemia, os valores pré-pandémicos das dimensões da *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* demonstraram serem inferiores aos valores obtidos durante a pandemia, no entanto não se considerou tratar-se de uma diferença significativa.

Abordar-se-ão de seguida, os dados e conclusões de estudos cujo instrumento de avaliação tenha sido o MBI-HSS e realizar-se-á uma comparação entre os mesmos.

1.1.2 *Burnout* em profissionais de saúde

Como foi referido anteriormente, o objetivo deste subcapítulo será a revisão de estudos cujo metodologia seja idêntica à presente dissertação, a enunciação dos resultados

obtidos e as conclusões propostas. No estudo de Alkhamees, Assiri, Alharbi, Nasser e Alkhamees (2021), os autores investigaram a prevalência de *Burnout* e *Depressão* nos profissionais de saúde e a sua correlação. A Tabela 2 representa a caracterização da amostra do estudo de Alkhamees e colaboradores (2021), nomeadamente quanto à dimensão percentual da população inquirida relativa ao intervalo de idades, sexo, estado civil e filhos a seu cargo.

Tabela 2

Amostra do Estudo de Alkhamees e colaboradores (2021)

Idade		Sexo		Estado Civil		Filhos a seu Cargo
24-28	29-33	Masculino ♂	Feminino ♀	Solteiro	Casado	24,00%
67.80%	31.40%	57.90%	42.10%	52.10%	44.60%	

Fonte: (Alkhamees *et al.*, 2021).

A amostra supracitada foi constituída por 121 estagiários de psiquiatria cuja pontuação obtida através dos instrumentos *MBI* e *Patient's Health Questionnaire*, foi de 27,3% relativo a sintomas de *burnout* e o mesmo valor referente a sintomas depressivos, ainda 16,5% relataram possuir sintomas de *burnout* e depressivos. No que diz respeito às dimensões avaliadas na escala de *burnout*, 26,4% dos inquiridos demonstraram valores elevados de *Exaustão Emocional*, 10,7% de *Despersonalização* e 24% de reduzida *Realização Pessoal* (Alkhamees *et al.*, 2021).

Alkhamees e colaboradores (2021) constataram que os indivíduos cujo estado civil correspondesse à categoria de solteiros ou divorciados eram mais propensos a demonstrar sintomas de *burnout*. Ainda, observaram que os estagiários pertencentes aos dois primeiros anos do internato possuíam maior probabilidade de sofrer desta síndrome. Por outro lado, os inquiridos mais jovens, do género masculino e atualmente educando uma criança eram menos propensos a sofrer de *burnout*. Estes autores assinalaram alguns motivos para os valores referidos, tais como as novas políticas e regras, o *Stress* acumulado entre colegas e grande probabilidade de se infetarem no seu local de trabalho (Wu, Wang, Luo, Hu, Lin, Anderson *et al.*, 2020). Outros fatores relevantes para estes resultados e sem relação direta com a pandemia foram a contacto próximo com pacientes suicidas e homicidas, a dificuldade de separação entre a vida pessoal e profissional e, a convivência com pacientes sensíveis e emocionais (Rathod, Roy, Ramsay, Das, Birtwistle

& Kingdon, 2000). Ainda, sugerem que os traços de personalidade dos psiquiatras podem torná-los mais vulneráveis ao *burnout*, dado que este grupo tende a internalizar as suas experiências de *Stress* (Kumar, 2007). Relativamente aos valores encontrados nos estagiários dos primeiros anos, a origem pode estar relacionada com a pressão de obter rapidamente a habilitação de avaliação, diagnóstico e gestão dos pacientes enquanto vivenciam as circunstâncias envolventes com pacientes psiquiátricos com COVID-19 (Alkhamees *et al.*, 2021).

A título de curiosidade, os autores constataram que os inquiridos que sofriam de *Burnout* tinham 8,88 vezes maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos. Além disso, concluíram a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as três subescalas de *Burnout* (EE, DP e RP) e sintomas depressivos, assinalando que o reconhecimento dos sintomas de *Burnout* possa prever o surgimento de sintomas de *Depressão* (Alkhamees *et al.*, 2021).

No estudo de Mousavi-Asl, Firouzifar, Noury, Khamushian, Mousavi-Asl e Heidari (2021), num total de 87 enfermeiros e médicos, 74,7% pertenciam ao género feminino e a média de idades era de 30,86 anos, além disso a maioria dos inquiridos possuía um cônjuge matrimonial (56,43%) (Mousavi-Asl *et al.*, 2021). Os autores deste estudo descobriram que os médicos demonstraram valores mais elevados de *Burnout* em comparação com os enfermeiros, sendo a diferença constatada nas dimensões de *Despersonalização* e *Realização Pessoal*, mas não na *Exaustão Emocional*. Foram descobertos valores elevados de *Despersonalização* e reduzidos de *Realização Pessoal*, representando ambos os níveis elevados de *Burnout* nos médicos (Mousavi-Asl *et al.*, 2021). Uma das razões para este resultado referidas por Mousavi-Asl e colaboradores (2021) foi o nível de experiência, mencionando que empregar pessoal com experiência em tempos de crise reduziria o *Burnout* profissional (Mousavi-Asl *et al.*, 2021).

Na amostra de outro estudo realizado no Japão, 33,3% eram médicos e 63,6% eram enfermeiros, ainda, 36,3% dos inquiridos estiveram envolvidos no tratamento de pacientes infetados pelo COVID-19 nas últimas duas semanas. O estudo incluiu 72,7% de profissionais de saúde do sexo feminino em que a predominância exercia as funções de enfermeiro (Nishimura, Miyoshi, Hagiva, Kosaki & Otsuka, 2021). Nishimura e colaboradores (2021) comprovaram que o grupo que contactou com pacientes COVID-19, 50% relatou possuir sintomas de *Burnout*, nomeadamente 27,3% dos médicos e 23,8% dos enfermeiros. Deste modo, salientaram que o tratamento e supervisão direta de

pacientes com COVID-19 causava exaustão física e emocional substancial devido à necessidade de uma observação aprofundada das práticas de controlo e prevenção de infeções, sendo por isso uma das fontes causadoras desta síndrome (Nishimura *et al.*, 2021).

No que diz respeito a investigações realizadas em Portugal utilizando o mesmo instrumento, Ferreira e Gomes (2021) pretenderam entender a influência da resiliência nas três dimensões do *Burnout* em profissionais de saúde quando expostos a uma situação pandémica. O estudo decorreu durante a segunda vaga do vírus em Portugal e foi composto por 196 participantes distribuídos pelas categorias profissionais de médicos (24,5%), enfermeiros (73%) e assistentes de saúde (2,6%). Os inquiridos do sexo feminino correspondiam a 77% e 73,3% tinham menos de 40 anos. A maior parte possuía filhos (53,1%) e a experiência profissional variava entre menos de 5 anos (31,1%) a 6-10 anos (13,3%). Os investigadores obtiveram nas dimensões relativas à *Exaustão Emocional*, *Despersonalização* e *Realização Pessoal*, os valores médios de 28,44, 11,11 e 30,32, respetivamente. A título de curiosidade, uma das conclusões deste estudo sugeriu que o aumento de 1% de resiliência estaria associado à redução de 1,7% de EE e DP, e a um aumento de 5% de RP. As justificações apresentadas para os valores obtidos foram de encontro às exigências únicas impostas pela pandemia, nomeadamente a probabilidade de transmitir o vírus a um dos seus familiares e amigos ou a reflexão do tempo estimado até ao fim da pandemia (Ferreira & Gomes, 2021).

Outro estudo português realizado durante a pandemia COVID-19, teve como objetivo analisar a incidência de *Burnout* nos radiologistas portugueses. A amostra era composta por 386 radiologistas, 68,7% do sexo feminino e a média de idades era 36,3 anos. O estudo de Pereira, Silva, Freitas e Salgado (2021) concluiu que 43,5% e 45,5% dos inquiridos reportaram níveis elevados de EE e DP, respetivamente, e 59,8% reportaram valores reduzidos de RP. No total, 23,3% da amostra declararam alto risco de *Burnout* nas 3 dimensões e 77,2% em pelo menos uma. Os autores justificaram estes valores sugerindo que um dos fatores que pode intensificar a EE é a adoção de regras para conter a transmissão do vírus e o medo de transmitir ou ser contaminado pelo vírus. No que diz respeito aos fatores que podem intensificar a EE e DP, Pereira e colaboradores (2021) apontaram a dificuldade de adaptação a mudanças, as regras de exclusão social, o uso de equipamento de proteção individual e a necessidade de minimizar os contactos

como obstáculos para estabelecer uma relação positiva com os pacientes (Pereira *et al.*, 2021).

Consideramos relevante expor uma investigação pré-pandémica, cujo objetivo consistiu em identificar os níveis de *Burnout* entre enfermeiros portugueses e espanhóis e, analisar se a personalidade e ansiedade podem prevenir *Burnout*. O estudo foi composto por 337 enfermeiros portugueses e 309 enfermeiros espanhóis e os resultados revelaram que 55% não reportaram níveis significantes de *Burnout*, 35% níveis moderados e 11% níveis elevados. Os portugueses demonstraram valores mais elevados de EE e menos elevados de DP em comparação com os espanhóis. Os autores concluíram, ainda, que não só a idade e experiência profissional estavam correlacionados negativamente com o *Burnout*, mas também que, no caso dos portugueses, a ansiedade prevê 32% do *Burnout* (Queirós *et al.*, 2020). Em suma, através da análise dos três estudos internacionais supracitados conseguiu-se identificar os grupos mais expostos a sintomas de *Burnout*, nomeadamente indivíduos com menos experiência, solteiros/divorciados e com supervisão direta de pacientes infetados com o vírus COVID-19. Relativamente aos estudos portugueses analisados, os autores sugeriram que a mudança abrupta sentida provocada pela pandemia e as novas restrições sociais podem ter sido os fatores mais importantes para a origem do *Burnout* nos profissionais de saúde.

O capítulo seguinte debruçar-se-á sobre os Moderadores de *Stress*, focalizando-se nos *Estilos de Coping* e *Suporte Social*, salientando ainda, outros moderadores relevantes para o estudo.

1.2 Moderadores de *Stress*

Nesta segunda parte da fundamentação teórica iremos abordar os moderadores de *Stress*, nomeadamente os estilos de *coping*, o suporte social e outros tipos de moderadores através de estudos anteriores que tenham utilizado os mesmos instrumentos de avaliação da presente dissertação.

No que diz respeito aos estilos de *coping*, pretende-se explorar estudos que tenham optado pela versão reduzida da escala *COPE*, a escala *Brief Cope*. A escala original desenvolvida por Carver incluía 52 itens distribuídas por 13 escalas, no entanto devido à pressão colocada sobre os inquiridos, nomeadamente quanto ao tempo necessário para responder, decidiram reduzi-la, criando a escala *Brief Cope*. Esta tem como objetivo responder à “necessidade de medidas que avaliem adequadamente

qualidades psicológicas importantes do modo mais breve possível” (Carver, 1997). Assim, a versão reduzida contempla um questionário com 14 escalas com dois itens cada escala (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A escala usada para avaliar o suporte social neste estudo, denomina-se por Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS*). Esta escala avalia o suporte social que, por sua vez, pode ser definido como uma provisão de recursos entre prestador e recetor, como forma de promover o bem-estar do recetor (Brownell & Shumacher, 1984, citado por (Carvalho, Gouveia, Pimentel, Maia & Pereira, 2011).

A MSPSS foi originalmente desenvolvida por Zimet, Dahlem, Zimet e Farley (1988), descrita pelos autores como curta, possuindo 12 itens no total e, indicada para “(a) investigação que necessite do acesso a múltiplas variáveis; (b) populações que não consigam tolerar, por qualquer razão, um questionário longo”. Esta escala permite a análise de três fontes de suporte, nomeadamente a família, amigos e outros significativos, a última subescala é característica desta escala, não existindo nas restantes, além disso, cabe ao sujeito definir quem são os “outros significativos” (Carvalho *et al.*, 2011).

1.2.1 Estilos de *Coping*

No estudo de Babore e colaboradores (2020), contemplado com uma amostra de 595 profissionais de saúde, foi constatado pelos autores que uma atitude positiva era o fator de proteção mais poderoso contra a angústia e os seus resultados demonstram que quanto maior for a atitude positiva, menor são os níveis de angústia. Por outro lado, observaram outras duas estratégias de *coping*, nomeadamente o suporte social e o evitamento e, consideraram-nas como fatores de risco bem como o género feminino, uma vez que os níveis mais elevados dessas variáveis correspondiam a valores elevados de *Stress*. Relativamente às estratégias de evitamento, estas foram de encontro ao que se esperava pelos autores, uma vez que este mecanismo pertence a um grupo de reações disfuncionais a situações de *Stress* como a negação (Babore *et al.*, 2020).

Os autores do estudo supracitado apontaram como explicação aos resultados obtidos a situação complicada associada à pandemia COVID-19, dado que pode ter gerado uma sensação de inadequação, afetando as capacidades de *coping* dos profissionais de saúde. Além disso, uma vez que na altura da elaboração do estudo não existia nenhum fármaco ou vacina capacitado para a prevenção ou tratamento da infeção,

a capacidade de resolução de problemas pode ter sido prejudicada. Assim, nos primórdios da propagação, a pandemia poderia representar um fator de *Stress* que ia além do uso de estratégias focadas nos problemas (Babore *et al.*, 2020).

Relativamente à investigação de Riaz, Saleem, Hazrat, Ahmed, Sajid, Qadri e Rufan (2020), esta possuía uma amostra constituída por 127 inquiridos, incluindo 58 do sexo masculino, cujo intervalo de idades era entre os 18 e 54 anos e os enfermeiros representavam 90,6%.

Tabela 3

Principais Estratégias de Coping

Emoção	Conforto e Compreensão oferecida pelos outros	43,3%
	Receber suporte emocional	34,6%
Resolução de Problemas	Procurar ajuda	44,1%
	Agir de forma a melhorar a situação	41,7%
	Pensar nos próximos passos a tomar	42,5%
Evitamento	Agir de forma a escapar a sentimentos desagradáveis	33,1%
	Libertar a mente com outras atividades	40,2%
Pensamento Positivo	Aprender a viver com o vírus	33,1%
	Aceitar a situação	32,3%
	Procurar o lado positivo	36,2%

Fonte: Riaz e colaboradores (2020).

Na Tabela 3, estão representadas as estratégias de *coping* mais utilizadas pela equipa médica e profissionais da linha da frente pertencentes ao estudo de Riaz e colaboradores (2020), estas estão divididas em quatro categorias: Estratégias focadas na Emoção, Estratégias focadas na Resolução de Problemas, Estratégias baseadas no Evitamento e Estratégias relacionadas com o Pensamento Positivo. Os autores deste estudo constataram que as estratégias focadas na resolução de problemas, nomeadamente a procura de ajuda e aconselhamento dos outros, tem vindo a ser comprovada como uma

estratégia de *coping* mais benéfica durante o período do surto COVID-19 (Riaz *et al.*, 2020).

Por outro lado, Canestrari, Bongelli, Fermani, Riccioni, Bertolazzi, Muzi e Burro (2021) defendem que os profissionais de saúde que utilizaram mais estratégias de *coping* relacionadas com o humor e de aproximação, ao contrário de estratégias de evitamento, sofreram menos *Stress* relacionado com o COVID-19. Acresce que, sugeriram que as estratégias relacionadas com o humor adotadas por este grupo, podem diminuir os valores de *Stress* mesmo numa situação crítica extraordinária como uma pandemia. Por fim, concluíram que o uso de humor face a fatores de *Stress* foi considerado como independente da exposição dos profissionais de saúde ao vírus COVID-19 (Canestrari *et al.*, 2021).

Outro estudo realizado por AlJhani, AlHarbi, AlJameli, Hameed, AlAql e Alsulaimi (2021) observou que 57,5% da população inquirida adotou estratégias adaptativas, cujo pontuação mais alta pertenceu à religião, seguida pela aceitação e pensamento positivo. Pelo contrário, as estratégias não adaptativas representaram 39,4% da amostra, sendo que a distração obteve a pontuação mais alta e o uso de substâncias a mais baixa (AlJhani *et al.*, 2021).

No presente capítulo que se focou nos dados e conclusões relativos às estratégias de *coping* adotadas pelos profissionais de saúde de estudos que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação, observou-se que, devido à situação extraordinária atual, as estratégias de evitamento produziram valores mais baixos na saúde mental dos profissionais. Em contrapartida, as estratégias relacionadas com a resolução de problemas e pensamento positivo trouxeram vantagens e possibilidades para este grupo conseguir enfrentar os desafios inerentes das suas profissões.

1.2.2 Suporte Social

De seguida, iremos abordar dados estatísticos e conclusões de estudos realizados cujo instrumento de avaliação se trate do MSPSS.

A amostra do estudo de Alnazly, Khraisat, Al-Bashaireh e Bryant (2021), foi constituída por 55% de mulheres, sendo que a maioria tinha menos de 50 anos (77,8%) e 57,5% eram casadas. A maior parte dos participantes exerciam a função de enfermeiro (60%) e o tamanho médio das suas famílias era de três membros. Após analisar o suporte social percebido dos inquiridos, os autores constataram que os participantes casados, mais

velhos e com mais experiência demonstraram valores mais elevados de suporte social (Alnazly *et al.*, 2021).

Os resultados deste estudo demonstraram que os profissionais de saúde sentem que estão a receber elevados níveis de suporte social. Este moderador de *Stress* é um mecanismo de *coping* necessário para diminuir a angústia psicológica e promover os pensamentos positivos (Alnazly *et al.*, 2021). Heath, Sommerfield e Ungern-Sternberg (2020) estão de acordo com esta informação, relatando que os clínicos que usufruem de relações pessoais e profissionais mais saudáveis e significativas estão mais satisfeitos e têm menor risco de *burnout* (Heath *et al.*, 2020).

Por outro lado, a amostra do estudo de Kılınç e Çelik (2020) era semelhante à do estudo de Alnazly e colaboradores (2021) na questão da idade, dado que 58,1% dos enfermeiros encontravam-se no intervalo entre os 18 e 29 anos. No entanto, as diferenças encontram-se na percentagem de enfermeiros do sexo feminino (85,9%), no estado civil demonstrando a categoria de solteiro com 51,9% e 58,6% não possuíam filhos. Os resultados revelaram que o nível de suporte prestado pela família, amigos e outros significativos foi bom (Kılınç & Sis Çelik, 2020), superior ao que se relatou num estudo pré-COVID-19 que obteve o resultado de moderado (Öksüz, Demiralp, Mersin, Tüzzer, Aksu & Sarikoc, 2019). Os enfermeiros deste estudo valorizaram muito o suporte familiar e os autores defenderam que o suporte proveniente desta fonte é mais eficaz do que o de outras fontes, pelo facto de se tratar da primeira relação social que um indivíduo estabelece durante a sua infância (Kılınç & Sis Çelik, 2020). Os autores deste estudo, em concordância com os resultados obtidos no estudo de Alnazly e colaboradores (2021), constataram que a idade afetou positivamente os valores de suporte social, nomeadamente os enfermeiros com idade igual ou superior aos 41 anos. Alguns motivos apresentados consistiram no facto de os enfermeiros desta geração possuírem mais familiares, amigos e outros significativos na sua vida e, assim, estas relações permitirem-lhes ter fé em si próprios, aumentando a sua perceção de suporte social (Kılınç & Sis Çelik, 2020). Paralelamente a estes motivos, os autores nomearam outras razões que justificaram os valores obtidos, como o facto de os cidadãos turcos terem apreciado muito o trabalho realizado por estes profissionais, organizando campanhas de apoio nas redes sociais, programas transmitidos cujo objetivo era aplaudir o esforço diário deste grupo, distribuição de alimentos, bebidas e flores como sinal de apoio e orações realizadas em mesquitas destinadas a estes profissionais. Considera-se que estas atitudes capacitaram

os enfermeiros a controlar os seus pensamentos negativos durante circunstâncias de angústia e ajudou-os a acreditarem que não eram os únicos a enfrentar estes problemas, levando a que a sua resiliência psicológica aumentasse (Kılınç & Sis Çelik, 2020).

O terceiro estudo aqui apresentado, possui uma amostra semelhante à do estudo de Alnazly e colaboradores (2021), sendo que a média de idades dos inquiridos era de 38,55 anos e 77,4% eram casados. Ao contrário dos estudos anteriores, o resultado do presente estudo indicou um grau moderado de suporte social (Woon, Mansor, Mohamad, Teoh & Abdullah, 2021). Contrariamente ao estudo de Kılınç e Çelik (2020), Woon e colaboradores (2021) constataram que o suporte proveniente de amigos e outros significativos apresentou pontuações mais altas que o suporte familiar. Valores mais elevados deste moderador contribuem para amortecer o efeito da perceção de *Stress* individual, facilita o aproveitamento de estratégias de *coping* positivas e reduz o impacto negativo do *Stress* na saúde física e mental. Uma justificação para este resultado baseia-se na necessidade das longas horas extras efetuadas, aumentando o tempo passado com amigos e colegas, enquanto o tempo destinado aos seus familiares diminuiu. Logo, a sua fonte imediata de suporte derivava de amigos e colegas que trabalhavam no mesmo local de trabalho (Woon *et al.*, 2021). Estes autores também apresentaram outras justificações para os seus resultados, nomeadamente as restrições de movimento impostas com o intuito de quebrar cadeias de transmissão, que podem ter limitado a interação social entre os profissionais de saúde e o seu círculo social (Woon *et al.*, 2021). Outro estudo defendeu que as preocupações relacionadas com atividades de lazer e amigos diminuíram, enquanto as preocupações com a saúde e família aumentaram (Li, Wang, Xue, Zhao & Zhu, 2020).

Assim, como vimos as questões associadas com o suporte social percebido pelos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, pode-se concluir que existe diferentes pontos de vista. Alguns estudos estiveram de acordo com a relação positiva entre idades mais elevadas e o suporte social, no entanto dois estudos referiram ideias diferentes, nomeadamente acerca da fonte de suporte social mais valorizada pelos profissionais de saúde durante a pandemia atual.

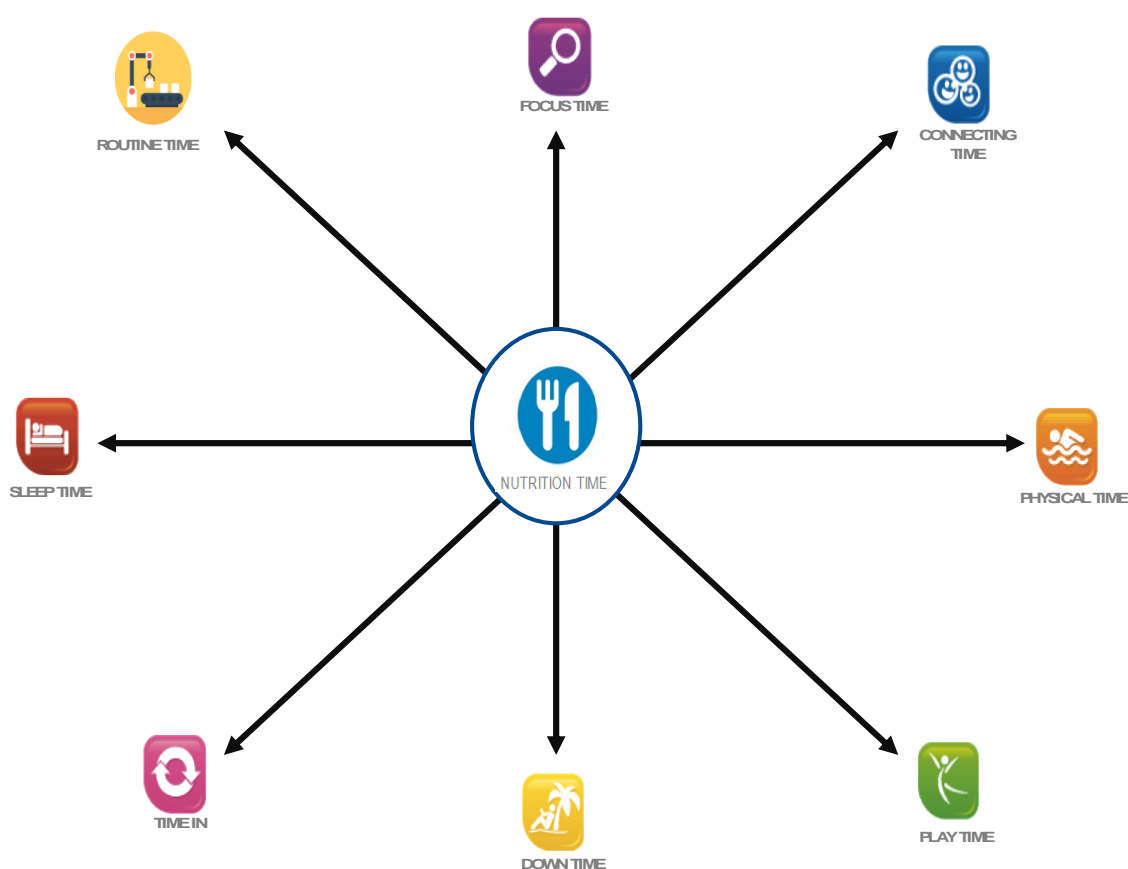
No subcapítulo seguinte irão ser abordados outros moderadores de *Stress*, dando principal destaque aos traços de personalidade e referindo as questões associadas à resiliência e autoestima, bem como à teoria da dieta mental.

1.2.3 Outros Moderadores de *Stress*

Por opção, os seguintes moderadores de *Stress* não foram avaliados nesta dissertação. No entanto, consideramos que possuem um papel importante e, por essa razão, decidimos expor a literatura presente em estudos anteriores acerca destas temáticas. Decidimos abordar uma teoria que defende que para que um indivíduo possua uma saúde mental saudável, deve ter em conta o equilíbrio entre determinados componentes que devem fazer parte de uma certa “Dieta para o cérebro”.

Figura 1

Dieta Mental Saudável



Fonte: Adaptado de (Poelmans, 2016; Rock, Siegel Poelmans & Payne, 2012).

De acordo com a Figura 1, existem nove atividades necessárias para uma saúde mental ideal, que se associam em 4 eixos principais, de alguma forma com características bipolares (ativação, atenção, direção, inibição) e um ponto central relacionado com a alimentação.

- Exercício (Physical Time) *versus* Repouso (Sleep Time);
- Foco (Focus Time) *versus* Descontração (Down Time);

- Foco Interno (Time In) *versus* Foco Externo (Connection Time);
- Disciplina (Routine time) *versus* Desinibição (Play Time).
- Alimentação (Nutrition Time)

O estudo de Rock, Siegel, Poelmans e Payne (2012) caracterizou estas atividades defendendo que o Repouso refrescava a mente e o corpo e consolidava a memória; a Desinibição consistia na felicidade da vida na experimentação; a Descontração como a desconexão para a integração e percepção; o Foco Interno permitia a reflexão, sintonia e *mindfulness*; Foco Externo tratar-se-ia do poder curativo proveniente das relações; o Exercício na melhoria da plasticidade do cérebro através do exercício; e, por fim, o Foco na gestão da atenção para a performance (Rock *et al.*, 2012).

A dieta mental pode proporcionar ferramentas para o acesso a uma saúde mental e física necessária que permita estabelecer e manter relações com família, amigos e colegas e, ainda, realizar eficientemente responsabilidades e tarefas na escola, trabalho e comunidades.

Os autores explicam, ainda, a existência de ligações entre as atividades supracitadas, nomeadamente a relação entre o Foco e performance cognitiva é moderada pelo Repouso, Descontração e Foco Interno. Se não existir descanso suficiente, torna-se desafiante manter o foco. Paralelamente, a Descontração e Repouso moderam a relação entre Exercício e Saúde Mental, uma vez que quer uma prática de exercício constante sem descanso ou a ausência de exercício pode prejudicar a saúde mental e/ou física (Rock *et al.*, 2012). Relativamente às interações mencionadas, se não procurarmos encontrar um equilíbrio, iremos atingir um nível elevado de exaustão que se tornará prejudicial à nossa saúde. O nosso cérebro precisa de ser "alimentado" com equilíbrio através destes diferentes elementos, o excesso ou a escassez de qualquer um destes ingredientes levariam a um equilíbrio que tornariam mais fácil a perturbação e a doença.

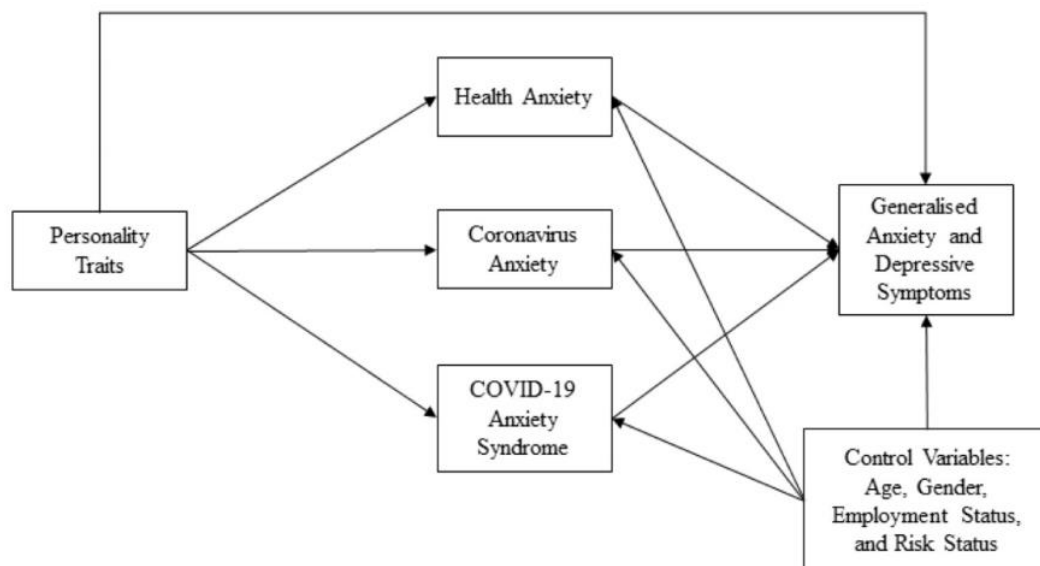
Outro moderador de *Stress* que se considerou relevante para esta investigação, foram os traços de personalidade de cada indivíduo. Alguns autores defendem que as diferenças individuais de personalidade devem ser investigadas em situações novas e incertas, nomeadamente, durante desafios ambientais. Acresce que, as teorias dinâmicas de personalidade (Denissen & Penke, 2008; Tett & Guterman, 2000, citado por Kroencke, Geukes, Utesch, Kuppen & Back, 2020) apoiam esta conclusão, uma vez que acreditam que as diferenças individuais de personalidade surgem em situações que ativam os traços de personalidade. Assim, a pandemia atual torna-se num período ideal para analisar este

moderador com maior detalhe. Os traços de personalidade podem ser definidos como determinantes das diferenças individuais no desempenho cognitivo, emocional e comportamental (McCrae & Costa Jr, 1997).

Durante a revisão desta temática, surgiu repetidamente o conceito do modelo de personalidade dos cinco fatores, denominado como *Big Five*, fazendo referência à extraversão, agradabilidade, consciência, abertura à experiência e neuroticismo. Este conceito tem sido usado para expor as características mais fundamentais da personalidade e tem sido validado em diferentes culturas e cenários nas últimas décadas (McCrae & John, 1992). Vários estudos pretenderam provar o neuroticismo como fator de vulnerabilidade face aos restantes fatores, sendo estes considerados como possíveis fatores de proteção (Taylor, 2019, citado por (Nikčević, Marino, Kolubinski, Leach & Spada, 2021). Ainda, acredita-se que os *Big Five* sejam preditores das dificuldades de ajuste social e profissional durante a pandemia (Nikčević & Spada, 2020).

Figura 2

Modelo Teórico sobre a Relação dos Traços de Personalidade e Ansiedade, Ansiedade COVID-19 e Síndrome da Ansiedade COVID-19



Fonte: Nikčević e colaboradores (2021).

Conforme a Figura 2, podemos observar que a Ansiedade e a angústia psicológica COVID-19, nomeadamente a Ansiedade e síndrome de Ansiedade, desempenharam um papel mediador entre os traços de personalidade dos *Big Five* e sintomas de Depressão e Ansiedade generalizada. Esta descoberta demonstra que, durante

o período pandêmico, não são apenas os traços de personalidade e a propensão à existência de Ansiedade que influenciam os sintomas de Ansiedade geral e Depressão, mas também pela angústia psicológica da COVID-19 e por variáveis sociodemográficas relevantes (Nikčević *et al.*, 2021).

Estudos anteriores constataram determinadas características inerentes a cada fator dos *Big Five*, nomeadamente:

Neuroticismo: indivíduos com níveis elevados de neuroticismo costumam ser considerados como nervosos, ansiosos e neuróticos (Prentice, Zeidan & Wang, 2020);

Extraversão: indivíduos com elevados níveis de extraversão ou os extrovertidos são considerados como ambiciosos, energéticos, conversadores, otimistas e confiantes (Costa e McCrae, 1992; Taylor, 2019, citados por (Prentice *et al.*, 2020);

Abertura à Experiência: pessoas com valores altos no traço da abertura à experiência são consideradas como originais, curiosas, intelectuais, artísticas, imaginativas, inovadoras, criativas e flexíveis (Prentice *et al.*, 2020);

Conscienciosidade: os indivíduos que beneficiam desta característica, são mais propensos a serem responsáveis, confiáveis, cuidadosos, organizados, eficientes, trabalhadores árduos e ambiciosos (McCrae & Costa, 1987; McCrae & John, 1992);

Agradabilidade: Os indivíduos que beneficiam do traço da agradabilidade são considerados como prestáveis, bondosos, cordiais, cooperativos, simpáticos, confiáveis e misericordiosos (Prentice *et al.*, 2020).

De acordo com a informação encontrada referente a cada traço, é sugerido que certas características de personalidade estejam associadas à tendência de sofrer emoções negativas como reação à angústia (Taylor, 2019, citado por Prentice *et al.*, 2020). Logo, os traços de personalidade podem ser usados como preditores dos estilos de *coping* (Mattson, James & Engdahl, 2018).

Durante a pandemia COVID-19, a agradabilidade e extraversão demonstraram resultados que contribuíram para as teorias do seu papel como fator de proteção face à angústia psicológica COVID-19. Os autores Nikčević e colaboradores (2021) sugerem que estes dois traços possam ter atenuado o efeito negativo deste período através da ativação de mecanismos de *coping* como a conexão com outros e a demonstração do seu

espírito comunitário. Por outro lado, a abertura à experiência demonstrou usufruir de uma associação positiva com a síndrome de Ansiedade COVID-19, o que pode significar que os indivíduos que são excessivamente abertos a experiências sejam mais inclinados a assumir riscos relacionados com a saúde e a vida social (Nikčević *et al.*, 2021). Embora a exploração deste tema ainda seja insuficiente, Panayiotou, Kokkinos e Kapsou (2014) afirmam que a relação entre os traços de personalidade e a saúde mental possa ser mediada através dos estilos de *coping*, da estratégia de evitamento e da procura por suporte social (Panayiotou *et al.*, 2014).

Relativamente aos restantes moderadores de *Stress*, nomeadamente a resiliência e a autoestima, estes demonstraram exercer papéis fundamentais face a situações de *Stress*.

Numa investigação cuja amostra era formada por enfermeiros, foram encontrados níveis reduzidos de ansiedade nos indivíduos que apresentavam valores mais altos na escala da resiliência, demonstrando, assim, a resiliência como um fator de proteção (Labrague & De los Santos, 2020). Ainda, outro estudo comprovou que os valores altos da resiliência e a autoestima presentes foram associados a níveis de Ansiedade mais baixos (Savitsky, Findling, Erel & Hendel, 2020). Deste modo, estas descobertas são consistentes com a teoria de Carver, Scheier e Weintraub (1989) que sustentava que indivíduos resilientes e com elevada autoestima, utilizam estratégias positivas e ativas de *coping* para enfrentar fatores de *Stress* (Carver *et al.*, 1989). A resiliência compreende, assim, a capacidade de uma pessoa de recuperar ou recuperar rapidamente face ao acontecimento de um evento de *Stress* (Hart, Brannan & Chesnay, 2014). Acresce que, o fator da experiência pode desempenhar um papel importante neste assunto, considerando que foi observado que o nível de resiliência psicológica dos enfermeiros que estão empregados há mais de 16 anos e que trabalham no turno do dia foi significativamente superior ao dos restantes enfermeiros (Kılınç & Sis Çelik, 2020).

No contexto da situação atual, os profissionais de saúde resilientes tornam-se mais capazes de recuperar eficazmente e suportar a carga psicológica associada ao COVID-19 (Foster, Roche, Giandinoto & Furness, 2020, citado por (Labrague, 2020). Esta característica traz, também, benefícios para o combate a esta pandemia, exercendo um efeito positivo na saúde mental, nomeadamente, através da redução do *burnout*, ansiedade, depressão e angústia psicológica (Mealer, Jones & Meek, 2017). Assim, a manutenção desta característica permite a resolução de conflitos a nível pessoal e mental

(Reinert, Campbell, Bandeen-Roche, Sharps & Lee, 2015) e é, normalmente, associada a estilos de *coping* religiosos e espirituais entre culturas diferentes (Vltmer & Spahn, 2009, citada por (Salik, Masroor & Khan, 2020).

Após a análise de outros tipos de moderadores de *Stress*, concluiu-se que a teoria presente no conceito de dieta mental é relevante para todos os indivíduos de forma a fortalecerem a sua saúde mental face a qualquer adversidade. Relativamente aos traços de personalidade, estes demonstraram possuir um papel importante no combate a esta pandemia, dado que estudos futuros que se centrarem nesta componente poderão contribuir com informação detalhada que irá preparar melhor os profissionais de saúde a combater outros tipos de situações de *Stress*. Por fim, a resiliência e a autoestima comprovaram possuir um papel relevante face ao *Stress*, sendo consideradas como importantes fatores de proteção.

Posto isto, durante o período de análise da literatura respeitante à temática, concluiu-se a necessidade da realização de mais estudos, nomeadamente, a influência dos traços de personalidade como moderador de *stress* durante a pandemia atual. Constatou-se, ainda, que os instrumentos utilizados nesta dissertação foram pouco explorados em território nacional.

O propósito do presente capítulo prende-se na apresentação do tipo de metodologia utilizada no âmbito deste estudo empírico. Primeiramente, será apresentada a questão de partida, assim como os objetivos e as hipóteses de investigação e, posteriormente, apresentar-se-á os procedimentos realizados, incluindo os instrumentos utilizados, o método de análise e, a caracterização da amostra. A metodologia adotada para este estudo será quantitativa e transversal, com análises descritivas, correlacionais, preditivas e comparativas numa amostra não aleatória (por conveniência) de profissionais de saúde em Portugal. Este estudo pretende investigar seis variáveis dentro do âmbito da saúde mental - a *Ansiedade*, a *Depressão*, o *Stress*, o *Burnout*, os *Estilos de Coping* e o *Suporte Social*. Este tema tem vindo a adquirir cada vez mais atenção à medida que a pandemia COVID-19 se prolonga, principalmente em relação à categoria profissional deste estudo – profissionais de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar o nível de saúde mental, tendo em conta os valores das seis variáveis supracitadas, de uma amostra de profissionais do contexto de saúde presentes em Portugal.

2.1 Objetivos

A questão de investigação define o caminho a seguir, criando fronteiras e definindo a direção a percorrer. Assim, a questão que orientou este trabalho de dissertação centrou-se em responder à pergunta “*Qual o nível de saúde mental, burnout, estratégias de coping e suporte social percebido dos profissionais de saúde em Portugal durante a pandemia COVID-19?*”. Desta forma, definiu-se um objetivo geral e objetivos mais específicos com o intuito de direcionar o estudo e definir as opções metodológicas necessárias.

Objetivo geral

Avaliar a saúde mental, *burnout*, estratégias de *coping* e suporte social dos profissionais de saúde em Portugal durante a pandemia.

Objetivos específicos

- 1 – Caraterizar os níveis de *Ansiedade*, *Stress* e *Depressão* dos profissionais de saúde
- 2 – Caraterizar os *Estilos de Coping* utilizados pelos profissionais de saúde
- 3 – Caraterizar o nível de *Suporte Social* percebido pelos profissionais de saúde
- 4 - Caraterizar o nível de *Burnout* dos profissionais de saúde
- 5 - Conhecer a relação entre *Saúde Mental*, *Burnout*, *Estilos de Coping* e *Suporte Social*

- 6 - Predizer a influência dos Estilos de *Coping* na saúde mental
- 7 – Predizer a influência do Suporte Social na saúde mental
- 8 – Predizer a influência do *Burnout* na saúde mental
- 9 - Comparar a saúde mental dos profissionais de saúde pré e peri-pandemia
- 10 - Comparar as variáveis principais em termos da sua realidade demográfico profissional

2.2 Hipóteses de Investigação

Tendo em consideração a literatura consultada e tópico deste estudo, apresentamos de seguida as hipóteses formuladas para responder às questões e objetivos formulados.

Hipóteses

- 1- Os níveis de Ansiedade, *Stress* e Depressão estão elevados
- 2- Os Estilos de *Coping* Adaptativos são os mais usados pelos profissionais de saúde
- 3- O Suporte Social percebido pelos profissionais de saúde é elevado
- 4- Existem sintomas de *Burnout* na amostra
- 5- Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a Saúde Mental, os Estilos do *Coping*, o Suporte Social e o *Burnout*
- 6- Se os Estilos de *Coping* forem mais adaptativos então a saúde mental dos profissionais de saúde será melhor
- 7- Se o Suporte Social percebido for mais elevado então a saúde mental dos profissionais de saúde será também mais elevada.
- 8- Se os níveis de *Burnout* forem mais elevados então a saúde mental dos profissionais de saúde será pior
- 9- A saúde mental dos profissionais de saúde é pior durante a pandemia se comparados períodos pré-pandemia em profissionais de saúde

Para melhor caraterizar e compreender os resultados quisemos ainda realizar algumas análises exploratórias.

Análises Exploratórias

A – Pretende-se explorar de forma comparativa quais as diferenças em termos de saúde mental, *burnout*, estilos de *coping* e suporte social nas variáveis demográficas (género, idade, estado civil, filhos, idade dos filhos)

B - Pretende-se explorar de forma comparativa quais as diferenças em termos de saúde mental, *burnout*, estilos de *coping* e suporte social nas variáveis profissionais (categoria profissional, funções de chefia, anos de serviço e vínculo contratual)

2.3. Procedimentos de Recolha de Dados

No âmbito desta dissertação, recorreu-se à construção de um questionário através do *Google Forms*, sendo este constituído por 5 partes:

Parte I - Caracterização Pessoal e Profissional

Parte II – Estudo de Depressão, Ansiedade e *Stress*

Parte III – Estudo de *Burnout*

Parte IV – Estudo dos Estilos de *Coping*

Parte V – Estudo do Suporte Social Percebido

Relativamente à forma de distribuição do questionário, o mesmo aconteceu através do método “bola de neve”. Ou seja, o questionário foi enviado diretamente para profissionais de saúde e foi pedido que respondessem e partilhassem o *link* com colegas e grupos relacionados com o tema com o intuito de obter mais respostas. Este método permite uma amostra de investigação mais ampla e dificulta a possibilidade de generalização de dados. O questionário esteve disponível entre o dia 2 de junho de 2021 e o dia 28 de junho de 2021. No total, foram obtidas 204 respostas.

2.4 Instrumentos

A primeira parte do inquérito por questionário focou-se na recolha de dados pessoais e profissionais que possibilitassem caracterizar a amostra em questão, tendo sido usado questões que permitissem aferir informação sobre a idade, género, local de residência, estado civil, a existência de filhos, a idade dos mesmos, categoria profissional, desempenho de funções de chefia, anos de serviço e o tipo de vínculo contratual. As restantes partes do questionário consistiram na recolha de dados através dos instrumentos

validados para a população portuguesa que permitem analisar os valores de Ansiedade, Depressão, *Stress*, *Burnout*, Estilos de *Coping* e Suporte Social percebido dos inquiridos.

2.4.1 Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)

Esta dissertação contempla a DASS-21 versão portuguesa (Apóstolo *et al.*, 2006) originalmente criada por Lovibond e Lovibond (1993) na língua inglesa. Optou-se pela versão reduzida de 21 itens, uma vez que esta versão mede os mesmos constructos do mesmo modo que a versão original e, também tendo em conta Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), as versões reduzidas são preferíveis, visto que no seu ambiente de aplicação as populações tendem a estar mais fragilizadas e menos suscetíveis à sua realização (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004).

Tabela 4

Principais características da escala DASS-21

Escala Original	DASS-42	
Subdimensões	Depressão	Itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
	Ansiedade	Itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
	<i>Stress</i>	Itens 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18
Possibilidades de Resposta	“Não se aplicou a mim” “Aplicou-se durante parte do tempo” “Aplicou-se durante uma boa parte do tempo” “Aplicou-se sempre”	
Alfa Cronbach (versão adaptada pelos autores de 21 itens)	Depressão	0,90
	Ansiedade	0,86
	<i>Stress</i>	0,88
	Total 3 dimensões	0,95
Pontos de Corte	Depressão	Normal: 0 - 4 pontos Ligeiro: 5 - 6 pontos Moderado: 7 - 10 pontos Severo: 11 - 13 pontos Muito Severo: > 14 pontos
	Ansiedade	Normal: 0 - 3 pontos Ligeiro: 4 - 5 pontos Moderado: 6 - 7 pontos Severo: 8 - 9 pontos Muito Severo: > 10 pontos
	<i>Stress</i>	Normal: 0 - 7 pontos Ligeiro: 8 - 9 pontos Moderado: 10 - 12 pontos

	Severo: 13 - 16 pontos
	Muito Severo: > 17 pontos

Fonte: (Apóstolo *et al.*, 2006; Gündoğmuş *et al.*, 2021; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004)

A Tabela 4 evidencia várias características desta escala, nomeadamente, a origem da escala utilizada, a sua estrutura multidimensional, as possibilidades de resposta ao inquérito que são apresentadas numa escala tipo *Likert*, os pontos de corte e, também, informação relativa aos índices de confiabilidade, demonstrando que a versão adaptada revelou forte consistência interna. No que diz respeito ao resultado, o mesmo é obtido através do somatório das respostas aos itens que compõem cada uma das três subescalas, sendo que cada subescala produz uma nota em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos (Apóstolo *et al.*, 2006; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004).

2.4.2 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)

O MBI-HSS presente neste questionário foi adaptado para a versão portuguesa por Semedo (2009). O instrumento original na língua inglesa surgiu na década de 80 por Maslach e Jackson, foi desenvolvido com o intuito de avaliar o *burnout* em profissionais que exerciam na área dos serviços humanos e de saúde. Além desta versão, foram criadas mais duas direcionadas para o setor da educação - *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey* (MBI-ES) e para os profissionais na sua totalidade - *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS) (Vicente, 2013).

Tabela 5

Principais características da escala MBI-HSS

Escala Original	47 itens	
Subdimensões	Exaustão Emocional	Itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
	Despersonalização	Itens 5, 10, 11, 15, 22
	Realização Pessoal	Itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
Possibilidades de Resposta	Escala <i>Likert</i> de 7 pontos	“0= Nunca” “6= Todos os dias”.
Alfa de Cronbach da Investigação de Vicente (2013)	Exaustão Emocional	0,84
	Despersonalização	0,59
	Realização Pessoal	0,70
Pontos de Corte	Exaustão Emocional	≥ 27
	Despersonalização	≥ 10

	Realização Pessoal	≤33
--	--------------------	-----

Fonte: (Maslach & Jackson, 1986, citado por Carlotto & Câmara, 2007); (Nishimura *et al.*, 2021; Vicente, 2013).

Na Tabela 5 estão presentes as principais características da escala MBI-HSS, assim como na tabela anterior, o número de itens da escala original, as subdimensões da escala reduzida a 22 itens, as possibilidades de resposta, os alfas de *Cronbach* apresentados no estudo de Vicente (2013) e os pontos de corte. Relativamente ao resultado deste instrumento, a escala não permite o cálculo de uma pontuação global de *burnout*, por isso considera-se que um indivíduo sofre de *burnout* quando obtém resultados elevados relativos à *Exaustão Emocional* e *Despersonalização* e resultados reduzidos na *Realização Pessoal* (Maslach & Jackson, 1986, citado por (Carlotto & Câmara, 2007)).

2.4.3 Escala Brief COPE

A escala *Brief COPE* selecionada para o estudo dos estilos de *coping* dos profissionais de saúde em Portugal foi adquirida através da investigação de Pais Ribeiro e Rodrigues (2004). Esta consiste numa versão reduzida com o propósito de retirar a grande sobrecarga imposta nos respondentes na escala original, nomeadamente quanto ao tempo necessário para responder.

Tabela 6

Principais características da escala Brief COPE

Escala Original	COPE (52 itens)	
Escala Adaptada	Total de 28 itens	
Subdimensões (opção escolhida)	<i>Coping</i> Adaptativo	Itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 27, 28
	<i>Coping</i> Não Adaptativo	Itens 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Possibilidades de Resposta	Escala Ordinal de 4 pontos	“Não fiz isto” “Fiz sempre isto”

Fonte: (AlJhani *et al.*, 2021; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)

A Tabela 6 contém as informações mais relevantes, como a quantidade de itens da escala original, a explicação da composição da escala reduzida presente nesta dissertação, as subdimensões escolhidas para serem utilizadas neste estudo, visto que

existe mais do que uma opção, optámos pela mais simples e, por fim, as possibilidades de resposta ao inquérito deste instrumento. A versão apresentada no artigo de Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) explica 67,47% da variância total, enquanto no estudo de Carver explicava 72,4% (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

2.4.3. Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)

A escala utilizada neste estudo consiste na versão portuguesa da MSPSS, de Carvalho e colaboradores (2011). Foi originalmente desenvolvida por Zimet, Dahlem, Zimet e Farley (1988), com o objetivo de avaliar subjetivamente o suporte social proveniente da família, dos amigos e de outros significativos.

Tabela 7

Principais características da escala MSPSS

Subdimensões	Família	Itens 3, 4, 8 e 11
	Amigos	Itens 6, 7, 9 e 12
	Outros Significativos	Itens 1, 2, 5 e 10
Possibilidades de Resposta	Escala <i>Likert</i> de 7 pontos	“1 = Discordo Completamente” “7 = Concordo Completamente”
Alfa de Cronbach	Valores entre 0,85 e 0,95	
Cotação da Escala total e de cada Subescala	MSPSS	Soma-se todos os 12 itens e divide-se por 12
	Família, Amigos e Outros Significativos	Soma-se os 4 itens e divide-se por 4
Pontos de Corte	Família, Amigos e Outros Significativos	Baixo: 1 - 2,9 pontos
		Moderado: 3 - 5 pontos
		Alto: 5,1 - 7 pontos

Fonte: (G. Zimet, 2016; G. D. Zimet *et al.*, 1988).

Na Tabela 7 pode-se observar as principais características da MSPSS, nomeadamente as suas subdimensões, as possibilidades de resposta ao inquérito, o intervalo da consistência interna, a explicação da forma de cotação da escala total e de cada subescala e, os pontos de corte.

2.5. Procedimentos estatísticos

Como já tinha sido referido anteriormente, recorreu-se à plataforma *Google Forms* com o intuito de desenvolver um questionário *online*. De seguida, exportou-se as

respostas dos participantes para uma folha de cálculo do *Excel* e, por fim, para o *IBM SPSS* (versão 26.0). Esta investigação é de carácter quantitativo, com análises descritivas, correlacionais, preditivas e comparativas. Para efetuar as estatísticas descritivas foi tido em consideração um coeficiente de significância de 5% ($p \leq 0.05$).

2.6 Amostra

O presente capítulo tem como objetivo caracterizar a amostra deste estudo, através do recurso à plataforma *IBM SPSS*, versão 26. Assim, obteve-se um total de 204 indivíduos que responderam ao questionário de forma anónima e voluntária (anulou-se a resposta de um inquirido por não corresponder ao grupo profissional em análise).

Tabela 8

Caraterização demográfica da amostra (n=203)

Variável	n	%
Género		
Feminino	179	88,2
Masculino	24	11,8
Idade		
<18 anos	0	0
18 aos 25	37	18,2
26 aos 35	54	26,6
36 aos 45	57	28,1
46 aos 55	43	21,2
>55 anos	12	5,9
Residência		
Norte	176	86,7
Centro	17	8,4
Alentejo	2	1
Sul	7	3,4
Ilhas	1	0,5
Estado Civil		
Solteiros/as	87	42,9
Casados/União	102	50,2
Separados/Divorciados	13	6,4
Viúvos/as	1	0,5
Filhos		
Sem filhos	100	49,3
Um filho	40	19,7
Dois filhos	54	26,6
Três filhos	9	4,4
Idade dos filhos		
Bebé	10	4,9
Bebé e Criança	5	2,5
Uma Criança	19	9,4
Duas ou mais crianças	10	4,9
Crianças e Adolescentes	12	5,9
Adolescentes e Jovens Adultos	12	5,9
Adultos	31	15,3

Fonte: Elaboração Própria.

No que diz respeito ao género, a Tabela 8 evidencia a existência de um desequilíbrio acentuado, dado que é composta por 179 profissionais do sexo feminino (88,2%) e 24 do sexo masculino (11,8%). A nível nacional, esperava-se que o sexo predominante neste grupo correspondesse ao feminino, contudo os valores presentes neste estudo são muito superiores, não se tratando de uma boa demonstração da realidade em Portugal, o que deve ser levado em consideração aquando da análise e conclusões.

A idade nesta amostra é categorizada por intervalos, podendo-se observar a existência de uma distribuição centrada nos grupos etários dos 26 aos 35 anos, dos 36 aos 45 anos e dos 46 aos 55 anos, sendo o grupo dos 36 aos 45 anos o mais representativo com 28.1% da amostra total.

O local de residência predominante pertenceu à Região Norte com 176 indivíduos (86,7%), seguida da região Centro com 17 participantes (8,4%) e do Sul com 7 participantes (3,4%).

Quanto ao estado civil, as quantidades relativas a indivíduos solteiros e casados ou em união de facto obtiveram valores próximos, nomeadamente 42,9% solteiros e 50,2% casados, sendo que 13 dos participantes são divorciados ou separados (6,4%) e só um é viúvo (0,5%).

Em relação à existência de filhos dos inquiridos, na Tabela 8 pode-se observar que cerca de 50% (49,3%) dos inquiridos não possui nenhum filho e os restantes 50,7% estão divididos em três categorias: Um Filho (19,7%), Dois Filhos (26,6%) e Três Filhos (4,4%). Relativamente às idades dos mesmos, podemos observar que 21,7% possui a seu cargo filhos com idades mais novas, desde bebés até duas ou mais crianças, com Crianças e Adolescentes (5,9%), com Adolescentes e Jovens Adultos (5,9%) e, já adultos (15,3%).

A Tabela 9 apresenta as frequências e respetivas percentagens na amostra das variáveis profissionais dos participantes. A amostra foi constituída essencialmente por Enfermeiros, cerca de 119 (58,6%), por Técnicos - 51 (25,1%), Médicos - 29 (14,3%) e só 4 (2%) são Auxiliares. Com cargos de chefia são 27 participantes (13,3%).

Quanto ao fator experiência, 117 participantes (57,6%) possuem mais de 11 anos de serviço, sendo que 36 (17,7%) tem menos de 2 anos de serviço e 28 (13,8%) de 2 a 5 anos. Por fim, o vínculo contratual predominante nesta amostra corresponde aos Contratos de Trabalho Sem Termo (55,2%), embora 51 (25,1%) dos participantes tenham Contratos a Termo Certo, 22 (10,8%) estão com Contratos a Tempo Incerto, 10 (4,9%) são Prestadores de Serviços e 8 (3,9%) são estagiários.

Tabela 9*Caracterização profissional da amostra (n=203)*

Variável	N	%
Categoria Profissional		
Enfermeiros	119	58,6
Médicos	29	14,3
Auxiliares	4	2
Técnicos	51	25,1
Funções de chefia		
Sim	27	13,3
Não	176	86,7
Anos de serviço		
<2 anos	36	17,7
2 a 5 anos	28	13,8
6 a 10 anos	22	10,8
11 a 20 anos	50	24,6
21 a 30 anos	49	24,1
>31 anos	18	8,9
Vínculo contratual		
Contrato a termo certo	51	25,1
Contrato sem termo	112	55,2
Contrato a termo incerto	22	10,8
Prestação de serviços	10	4,9
Estágio	8	3,9

Fonte: Elaboração Própria.

O seguinte capítulo consistirá na apresentação dos resultados obtidos, realizando-se uma análise da distribuição dos valores das variáveis, tendo em conta a sua normalidade, expondo os testes de hipóteses e as análises exploratórias e, na discussão dos mesmos. Do mesmo modo, considerou-se relevante incluir a validação dos instrumentos utilizados.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O objetivo deste capítulo consiste na avaliação dos resultados obtidos dos 204 participantes desta investigação, no entanto excluiu-se um elemento por não corresponder ao perfil procurado para esta investigação, nomeadamente à categoria profissional de saúde. Pretende-se verificar a validação dos instrumentos utilizados, analisar os resultados dos testes de hipóteses e, por fim, investigar as análises exploratórias.

3.1 Validação dos Instrumentos

Uma das etapas mais importantes nas investigações é a verificação de que os instrumentos de medição aplicados são confiáveis. Com esse objetivo, foram calculados os Alfas de *Cronbach* para cada escala utilizada e as suas subescalas correspondentes. O valor de α determina quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1 (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Assim, quanto maior for o valor do alfa, maior será a confiabilidade e ajustabilidade do questionário para que possa ser utilizado noutras investigações (Martins, 2011, citado por Santos, 2020). Se o alfa for pelo menos 0,70, então o instrumento é considerado como tendo fiabilidade apropriada (Nunnally, 1978, citado por Maroco e Garcia-Marques, 2006). No entanto, um α de 0.60 pode ser considerado aceitável, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução e considerem o contexto de computação do índice (DeVellis, 1991, citado por Maroco e Garcia-Marques, 2006). Nas Tabelas 10 e 11, será apresentado os valores de Alfa de *Cronbach* de cada escala e subescala, bem como a quantidade de itens correspondentes.

Tabela 10

Alfa de Cronbach das Escalas Utilizadas (n=203)

Escala (n=203)	Alfa de Cronbach (α)	Nº de Itens
DASS-21	0,958	21
MBI-HSS	0,876	20
Brief COPE	0,87	28
MSPSS	0,973	12

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 11*Alfa de Cronbach das Subdimensões das Escalas (n=203)*

Escala	Subescala (n=203)	Alfa de Cronbach (α)	Nº de Itens
DASS-21	Depressão	0,906	7
	Ansiedade	0,86	7
	<i>Stress</i>	0,928	7
MBI-HSS	Exaustão Emocional	0,917	7
	Despersonalização	0,855	6
	Realização Pessoal	0,889	7
Brief Cope	<i>Coping</i> Adaptativo	0,873	16
	<i>Coping</i> Não Adaptativo	0,822	12
MSPSS	Família	0,973	4
	Amigos	0,971	4
	Outros Significativos	0,966	4

Fonte: Elaboração Própria.

De acordo com a classificação dos alfas das escalas, podemos concluir que as escalas *DASS-21* e *MSPSS* têm coeficientes excelentes e as escalas *MBI-HSS* e *Brief Cope* possuem coeficientes bons. Relativamente aos coeficientes das subescalas, a Família, Amigos e Outros Significativos, pertencentes à escala *MSPSS*, foram as que apresentaram valores mais elevados, 0,973, 0,971 e 0,966, respetivamente.

Para averiguar a dimensionalidade de um instrumento é importante o estudo exploratório da estrutura fatorial através do método de extração ACP (Análise de Componentes Principais) com rotação *Varimax*, utilizando como critério de Kaiser (eigenvalues) valores próprios $> 0,1$, valores Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) $> 0,8$ e um teste de Bartlett (esfericidade) com correlações entre variáveis significativamente diferentes de zero (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998). Os mesmos autores consideram que para a eliminação de itens devemos obedecer aos seguintes critérios: a) saturações inferiores a 0,3 num fator; b) correlação simultânea em dois fatores (saturações $\geq 0,3$ em mais do que

um fator com \neq entre eles $\geq 0,1$; c) comunalidades $\leq 0,5$; e d) ausência do item para o aumento da consistência interna (*Alpha de Cronbach*).

A amostra da presente dissertação permitiu a realização de uma análise que consiste na verificação da eficácia de uma escala após uma redução da mesma e, devido a questões de comunalidades e saturação, decidiu-se optar pela versão cujo dois últimos itens foram removidos. Ainda, tendo em conta a literatura, foi imposto um número fixo de 3 fatores que explicam 64,769% da variância.

As tabelas anteriores 10 e 11, contém os Alfas de *Cronbach* referentes à nova versão da escala *MBI-HSS*, no entanto a tabela seguinte apresentará os alfas de *Cronbach* da versão original da escala nesta amostra.

Tabela 12

Alfa de Cronbach da Escala MBI-HSS (versão original)

Escala	Alfa de <i>Cronbach</i> (α)	Subescala (n=203)	Alfa de <i>Cronbach</i> (α)	Nº de Itens
MBI-HSS (22 itens)	0,879	Exaustão Emocional	0,919	9
		Despersonalização	0,787	5
		Realização Pessoal	0,898	8

Fonte: Elaboração Própria.

Assim, podemos afirmar que a nível da dimensão da escala os valores dos alfas são bastante semelhantes (0,879 vs 0,876) e, no que diz respeito à subdimensão da *Despersonalização*, a nova versão apresentou um valor superior à versão original (0,787 vs 0,855), por isso concluiu-se que a nova versão da escala *MBI-HSS* apresentada nesta dissertação tratar-se-á da mais indicada para analisar a amostra em questão.

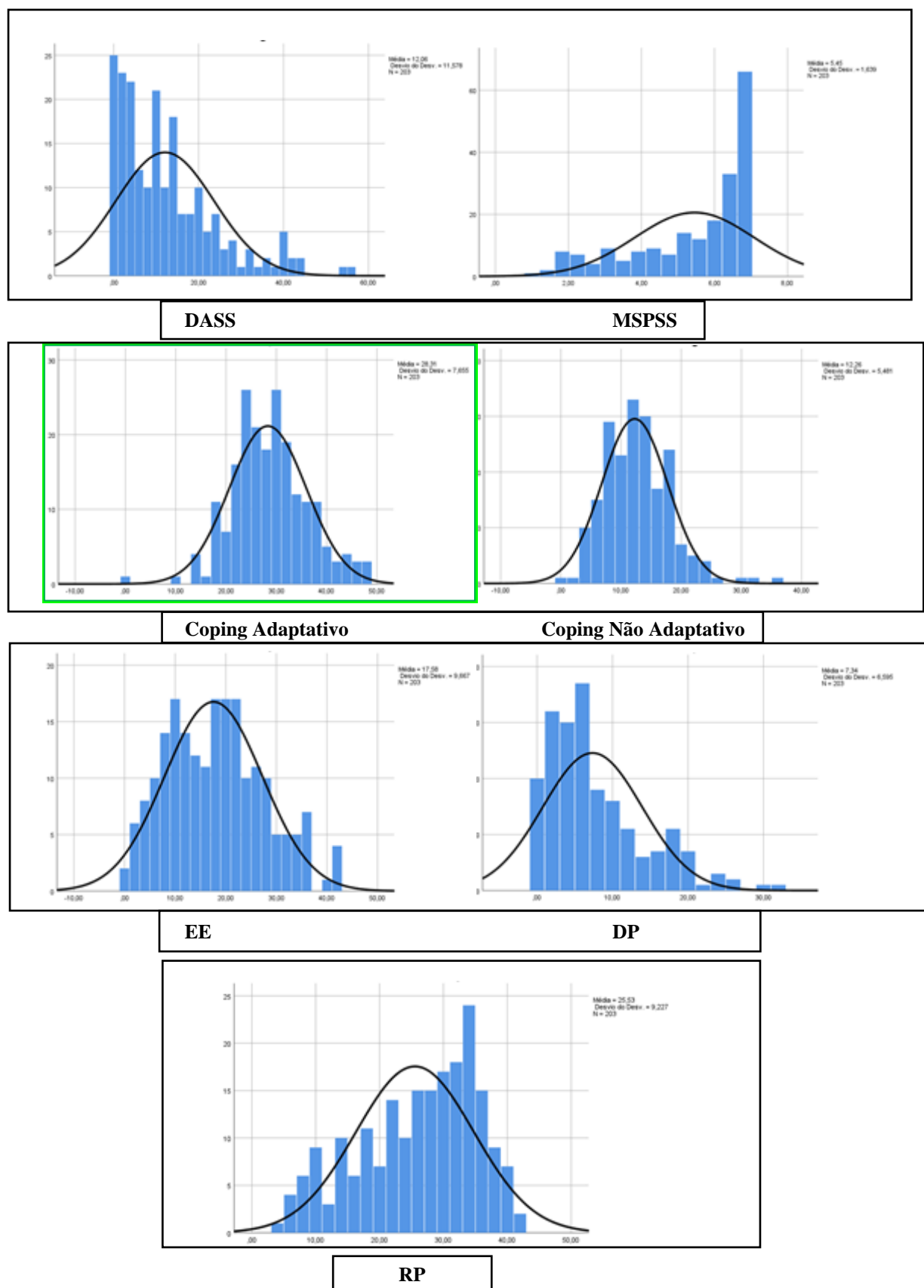
3.2 Teste de Hipóteses

Esta secção terá como objetivo a apresentação das nove hipóteses que surgiram durante o desenvolvimento da presente investigação e a sua resposta. Ainda, apresentar-se-á uma análise da distribuição dos valores das variáveis, tendo em conta a sua normalidade (Histogramas, Curtose, Assimetria, Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk).

No capítulo seguinte, teremos o desenvolvimento das respostas obtidas no teste de Hipóteses.

Figura 3

Histogramas com Curva Normal das Escalas (n=203)



Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: A verde a escala com aproximação à curva normal

Tabela 13

Estudo de Normalidade (Curtose e Assimetria) das Escalas (n=203)

Variável	Curtose	Assimetria
DASS	1,515	1,301
MSPSS	-0,162	-1,018
CADAP	0,574	0,085
CNADAP	1,742	0,832
EE	-0,429	0,367
DP	1,133	1,204
RP	-0,686	-0,494

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 14

Estudo de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk) das Escalas (n=203)

Variável	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
DASS	0,149	203	0,000	0,872	203	0,000
MSPSS	0,175	203	0,000	0,844	203	0,000
CADAP	0,063	203	0,049	0,987	203	0,066
CNADAP	0,075	203	0,007	0,962	203	0,000
EE	0,068	203	0,024	0,978	203	0,002
DP	0,167	203	0,000	0,885	203	0,000
RP	0,1	203	0,000	0,956	203	0,000

Fonte: Elaboração própria

Legenda: a - Correção de significância de Lilliefors

p < .05 A **negrito** os valores que identificam as escalas paramétricas

Assim, a Figura 2 e as Tabelas 13 e 14 demonstram que a dimensão dos Estilos de *Coping* Adaptativo é a única escala paramétrica. Mediante o fato de termos medidas paramétricas e não paramétricas, usamos distintas opções estatísticas.

H1: Os níveis de Ansiedade, Stress e Depressão estão elevados

Através da observação da Tabela 15, podemos afirmar que a hipótese 1 não se confirma, uma vez que os valores médios obtidos da presente amostra correspondem a 3,2, 3,05 e 5,8 referentes à *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, respetivamente e, tendo em

conta os pontos de corte apresentados na Tabela 4, estes valores encontram-se dentro do padrão da normalidade.

Tabela 15

Valores Médios das Subescalas Depressão, Ansiedade e Stress (n=203)

	Depressão	Ansiedade	Stress
Valores Médios	3,2	3,05	5,8

Fonte: Elaboração Própria.

H2: Os Estilos de Coping Adaptativos são os mais usados pelos profissionais de saúde

Tabela 16

Descritivas do coping por ordem decrescente dos valores médios (n=203)

Item	Média	DP
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	2,19	0,627
Faço críticas a mim própria/o.	2,15	0,815
Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).	2,14	0,697
Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	2,1	0,738
Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	2,08	0,73
Tento aprender a viver com a situação.	2,03	0,754
Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	1,93	0,764
Procuró algo positivo em tudo o que está a acontecer.	1,9	0,796
Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	1,88	0,812
Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	1,83	0,859
Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	1,81	0,788
Procuró apoio emocional de alguém (família, amigos).	1,74	0,91
Procuró o conforto e compreensão de alguém.	1,69	0,865
Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV...	1,65	0,874
Enfrento a situação com sentido de humor.	1,54	0,851
Fico aborrecida/o e expresso os meus sentimentos (emoções).	1,47	0,822
Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	1,45	0,797
Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.	1,44	0,923
Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	1,35	0,88
Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	1,06	0,995
Rezo ou medito.	1,02	1,064
Culpo-me pelo que está a acontecer.	0,98	0,949
Tenho dito para mim própria/o: “isto não é verdade”.	0,92	0,852
Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.	0,66	0,731
Desisto de me esforçar para obter o que quero.	0,61	0,816
Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo.	0,53	0,76

Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	0,21	0,554
Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	0,2	0,572

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: A Verde os 10 itens com maior média; a Vermelho os itens não adaptativos.

Como podemos verificar na Tabela 16, a hipótese confirma-se. As médias dos valores dos itens mais elevados correspondem a itens adaptativos, aparecendo apenas um item não adaptativo nos primeiros 10 itens com média mais elevada.

H3: O Suporte Social percebido pelos profissionais de saúde é elevado

Tabela 17

Valores Médios das Subescalas e da Escala Total MSPSS

	Família	Amigos	Outros Significativos	Escala Total
Valores Médios	5,47	5,28	5,61	5,45

Fonte: Elaboração Própria.

Os valores médios representados na Tabela 17 confirmam a hipótese supracitada, uma vez que se obteve 5,47, 5,28, 5,61 e 5,45 referentes às subescalas *Família*, *Amigos*, *Outros Significativos* e escala total MSPSS, respetivamente e, com base nos pontos de corte da Tabela 7, os valores são considerados altos.

H4: Existem sintomas de Burnout na amostra

Tabela 18

Quantidade e Percentagem da amostra com sintomas de burnout (EE, DP e RP) (n=203)

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Quantidade	37	59	146
Percentagem	18,23%	29,06%	71,92%

Fonte: Elaboração Própria.

A quantidade e percentagem dos inquiridos presente na Tabela 18, demonstra que 37 inquiridos (18,23%) reportaram sintomas de EE, 59 (29,06%) reportaram sintomas de DP e 146 (71,92%) de RP. Por isso, pode-se concluir que a hipótese supracitada foi confirmada.

H5: Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a Saúde Mental, os Estilos do Coping, o Suporte Social e o Burnout

Através da Tabela 19, podemos afirmar que a hipótese 5 se confirma no que diz respeito à maioria das variáveis, nomeadamente:

- A escala total DASS-21 está correlacionada positivamente com os estilos de *Coping* Não Adaptativos, a Exaustão Emocional e a Despersonalização. No entanto, está correlacionada negativamente com a Realização Pessoal;
- A escala total MSPSS está correlacionada positivamente com os Estilos de *Coping* Adaptativos e Realização Pessoal;
- Os Estilos de *Coping* Adaptativos estão correlacionados positivamente com os Não Adaptativos e a Realização Pessoal e, negativamente com a Despersonalização;
- Os Estilos de *Coping* Não Adaptativos estão correlacionados positivamente com a Exaustão Emocional e Despersonalização;
- A Despersonalização está correlacionada negativamente com a Realização Pessoal.

Tabela 19

Correlações Spearman significativas entre DASS, MSPSS, Coping Adaptativo, Coping Não Adaptativo, EE, DP e RP (n=203)

	DASS	MSPSS	CADAP	CNADAP	EE	DP	RP
DASS	1	-0,072	-0,05	,480**	,493**	,459**	-,164*
MSPSS		1	,359**	-0,085	-0,074	-0,116	,376**
CADAP			1	,240**	0,002	-,146*	,354**
CNADAP				1	,331**	,353**	-0,072
EE					1	,586**	0,06
DP						1	-,163*
RP							1

Fonte: Elaboração Própria.

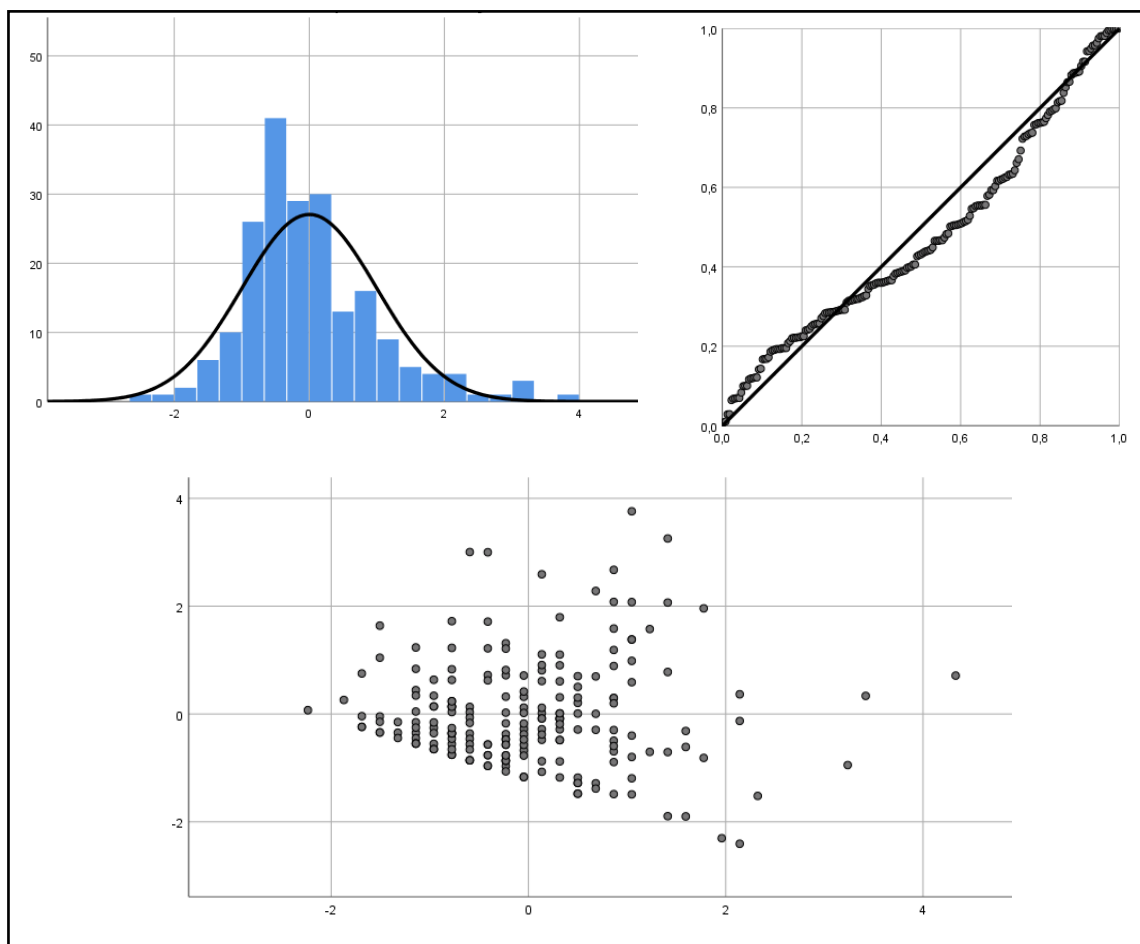
Legenda: A verde positivamente relacionadas e a vermelho negativamente. * p<.05; **p<.01

H6: Se os Estilos de Coping forem mais adaptativos então a saúde mental dos profissionais de saúde será melhor

Pretendíamos responder à hipótese supracitada através da realização de uma Regressão Linear Simples, todavia, como podemos observar através da Figura 4, um dos pré-requisitos não foi cumprido, nomeadamente a ausência de *outliers*. Esta análise demonstrou que os Estilos de *Coping* Não Adaptativos preveem melhores valores de saúde mental [$F(1, 201) = 64,71$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,244$], no entanto este valor não será considerado.

Figura 4

Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e CNADAP



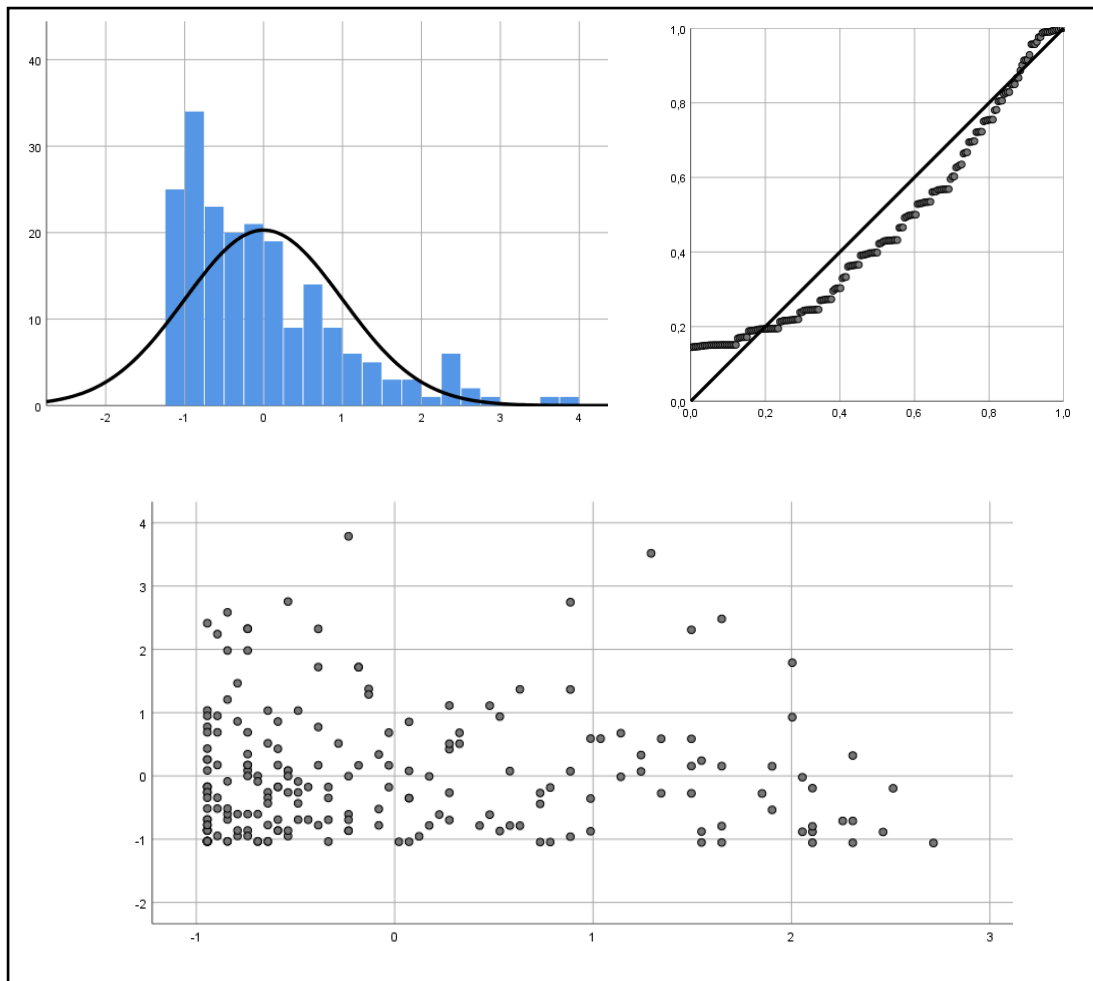
Fonte: Elaboração Própria.

H7: Se o Suporte Social percebido for mais elevado então a saúde mental dos profissionais de saúde será também mais elevada.

Assim como na Hipótese 6, tendo em conta a Figura 5, o mesmo pré-requisito não foi atingido e, por isso não poderemos considerar o valor obtido. Caso esta questão não existisse, a análise não demonstrou valores significativos.

Figura 5

Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e MSPSS



Fonte: Elaboração Própria

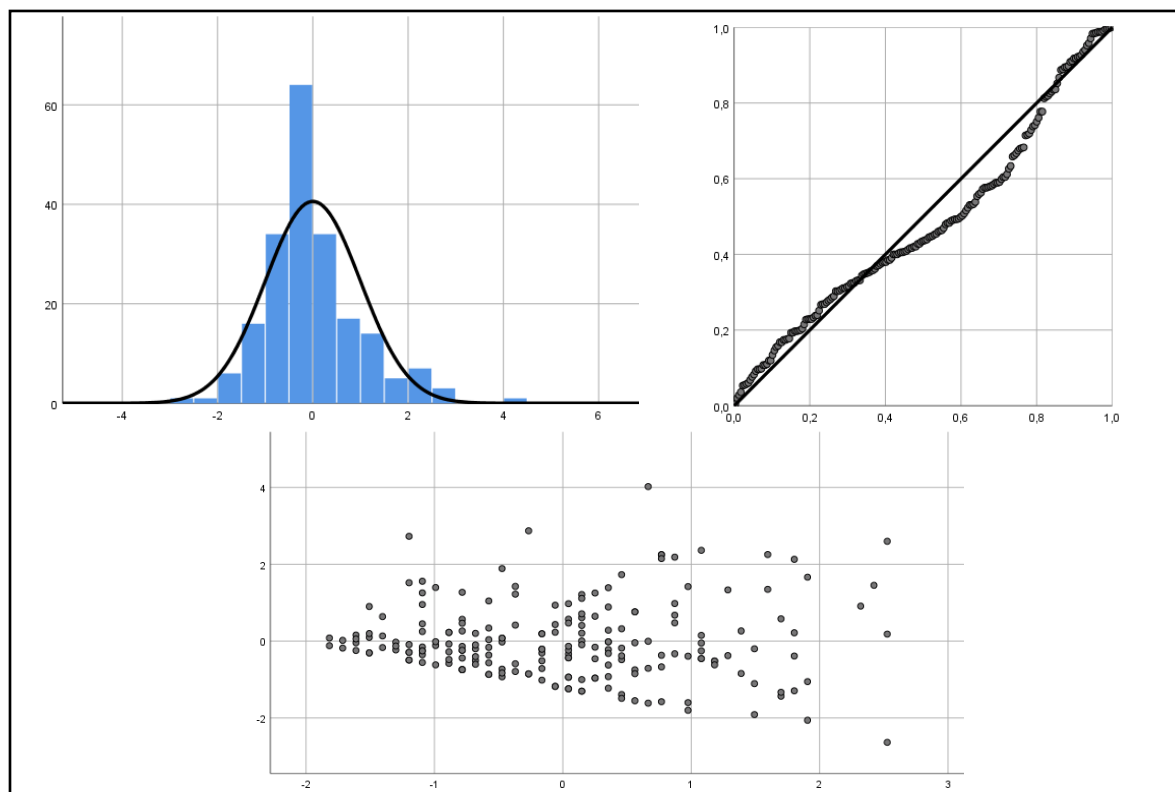
H8: Se os níveis de Burnout forem mais elevados então a saúde mental dos profissionais de saúde será pior

Relativamente a esta Hipótese, assim como nas duas anteriores, não correspondeu aos pré-requisitos da análise da Regressão Linear Simples em nenhuma das dimensões (Figura 6, 7 e 8), assim sendo não poderemos considerar o seu resultado. No entanto, se os requisitos tivessem sido cumpridos, poderíamos afirmar que apenas a EE e a DP

preveem a Saúde Mental [$F(1, 201) = 73,218, p < 0,001; R^2 = 0,267$] e [$F(1, 201) = 60,083, p < 0,001; R^2 = 0,23$].

Figura 6

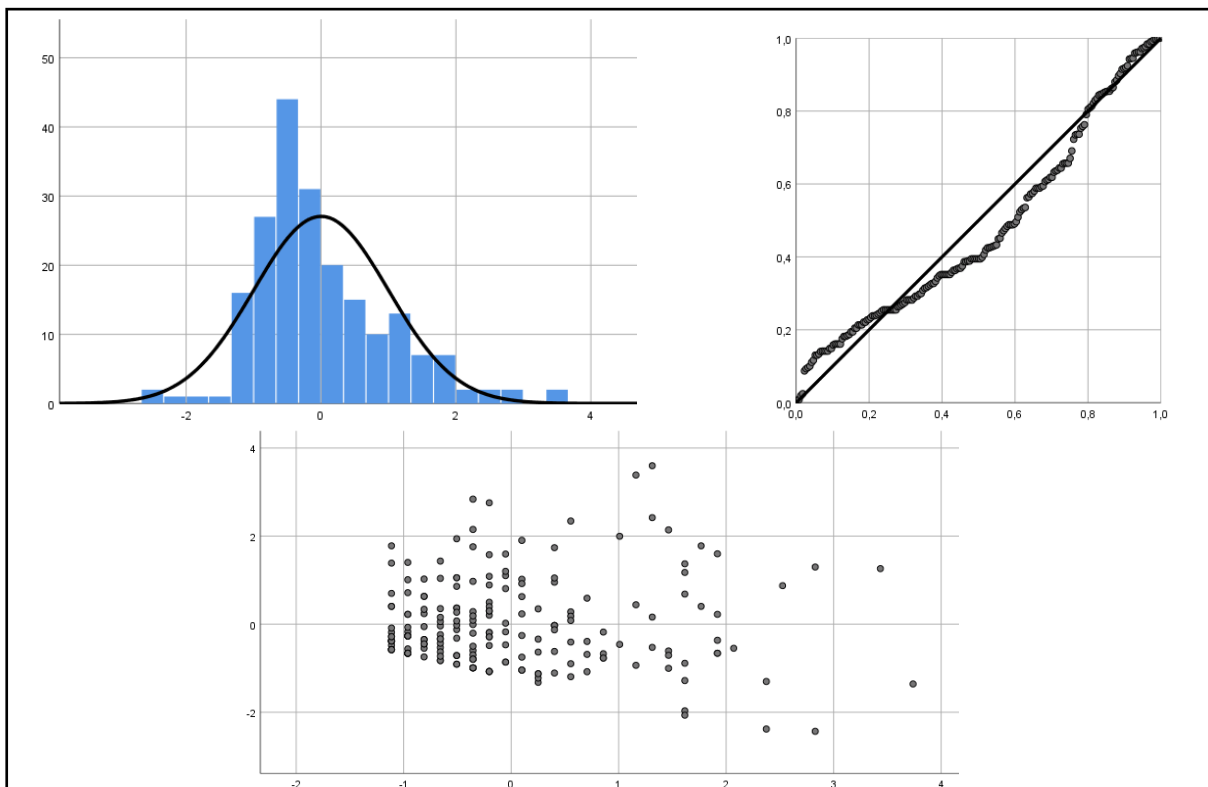
Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e EE



Fonte: Elaboração Própria

Figura 7

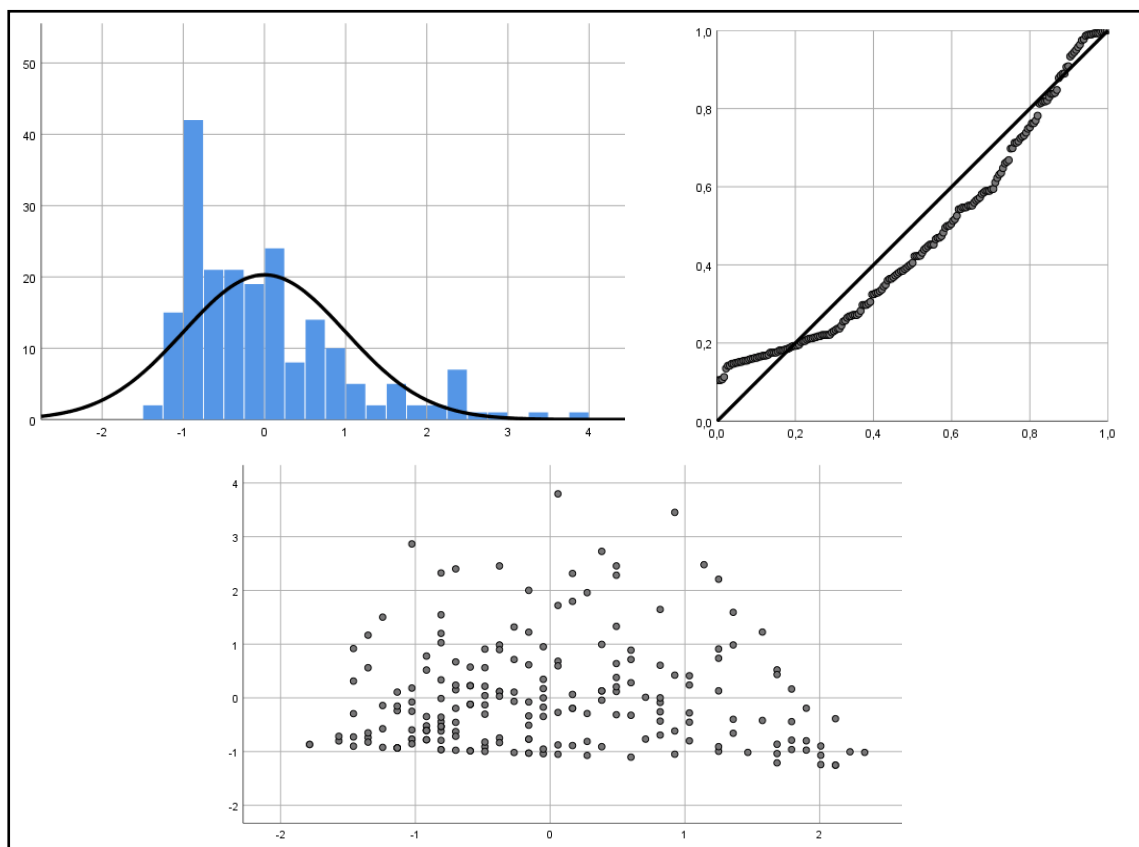
Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e DP



Fonte: Elaboração Própria

Figura 8

Histograma, Gráfico P-P e de Dispersão dos Resíduos da Regressão Linear entre DASS e RP



Fonte: Elaboração Própria

H9: A saúde mental dos profissionais de saúde é pior durante a pandemia se comparados períodos pré-pandemia em profissionais de saúde

Pode-se afirmar que a hipótese 9 não se confirma, uma vez que, tendo em conta a Tabela 20 que consiste num quadro comparativo entre o estudo atual e estudos anteriores, os dados do presente estudo não são superiores nem aos resultados de estudos pré-pandémicos (são semelhantes) nem a estudos realizados no início da pandemia (são inferiores).

Tabela 20

Comparação dos valores de saúde mental da presente dissertação com estudos anteriores

	Estudos anteriores								Estudo Atual
	Pré-Pandemia		Peri-Pandemia						
	Ferreira (2020)	Baltar (2011)	Elbay <i>et al.</i> (2020)	Alnazly <i>et al.</i> (2021)	Hammond <i>et al.</i> (2021)	Sampaio <i>et al.</i> (2020)	Pinho <i>et al.</i> (2021)		
							Início	6 meses depois	
Depressão	78,6% (N); 16,7%(M/S)	98% (N/M)	64,7%	40%	21,6% (M/MS)	4 (N)	3,63 (N)	3,52 (N)	3,2(N)
Ansiedade	78,6% (N/L); 21,4% (M/S)	86,1%(N)	51,6%	60%	28,6% (M/MS)	4,2 (L)	3,78(L)	3,15(N)	3,05(N)
Stress	73,8% (N); 26,2%(L/M)	59, 4%(N); 32,7%(L/M)	41,2%	35%	28% (M/MS)	7,3(N)	7,2(N)	6,32(N)	5,8(N)

Fonte: Elaboração Própria

N=Normal; L=Ligeiro; M=Moderado; S=Severo; MS= Muito Severo

3.3 Análises Exploratórias

No presente capítulo, realizar-se-á análises às variáveis demográficas e profissionais, comparando as variáveis dicotómicas e intervalares com todas as variáveis referentes às escalas e subescalas e apresentar-se-á apenas os dados que demonstrarem diferenças significativas. Estes estudos exploratórios têm o propósito de trazer uma caracterização do perfil da amostra mais detalhada e eventualmente útil na interpretação dos resultados.

A – Pretende-se explorar de forma comparativa quais as diferenças em termos de saúde mental, *burnout*, estilos de *coping* e suporte social nas variáveis demográficas (género, idade, estado civil, filhos, idade dos filhos)

- *Estado Civil*

Tabela 21

Teste Mann-Whitney à variável Estado Civil (n=203)

Variável	Solteiros			Casados		
	<i>n</i>	<i>Mean Ranks</i>		<i>n</i>	<i>Mean Ranks</i>	
DASS		115,19			88,94	3818,5
	101			102		0,001
Despersonalização		115,9			88,24	3747,5
						0,001

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: a **Bold** os valores significativos para $p < 0,05$

Em relação ao Estado Civil, descobriu-se anomalias entre as categorias “Solteiros, Separados ou Viúvos” e “Casados ou em União de Facto” na escala total DASS e na dimensão *Despersonalização*, revelando que os inquiridos sem cônjuge reportaram piores indícios de saúde mental [$Z(U) = 3818,5$; $p = 0,001$] e valores mais elevados de *Despersonalização* [$Z(U) = 3747,5$; $p = 0,001$].

- *Quantidade de Filhos*

Tabela 22

Teste de Kruskal-Wallis à variável Quantidade de Filhos (n=203)

Variável	Sem Filhos		Um Filho		$\chi^2_{(2)}$	p
	n	Mean Ranks	n	Mean Ranks		
DASS	100	115,85	40	76,09	14,684	0,002
Despersonalização		117,63		82,55	14,99	0,002

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: a **Bold** os valores com $p < 0.05$

Relativamente à quantidade de filhos dos inquiridos, a escala DASS e a subescala *Despersonalização* obtiveram diferenças significativas. Os dados obtidos foram iguais para as duas dimensões, demonstrando que os indivíduos sem filhos reportaram valores superiores nas dimensões supracitadas em comparação com os inquiridos com apenas um filho. Sugerindo-se, por isso, que os indivíduos sem filhos possuem não só uma saúde mental pior [$\chi^2(2) = 14,684$; $p < 0,05$], como também possuem maior probabilidade de desenvolver sintomas de *burnout* [$\chi^2(2) = 14,99$; $p < 0,05$].

B - Pretende-se explorar de forma comparativa quais as diferenças em termos de saúde mental, *burnout*, estilos de *coping* e suporte social nas variáveis profissionais (categoria profissional, funções de chefia, anos de serviço e vínculo contratual)

- *Categoria Profissional*

Tabela 23

Teste de Kruskal-Wallis à variável Categoria Profissional (n=203)

Variável	Médico		Técnico		χ^2	p
	n	Mean Ranks	n	Mean Ranks		
Despersonalização	29	129,71	51	84,52	11,043	0,011

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: a **Bold** os valores significativos para $p < 0,05$

Tabela 24

Análise de Variância (One Way ANOVA) à variável Categoria Profissional (n=203)

Variável	Médicos		Enfermeiros		Z	P
	N	Mean Ranks	N	Mean Ranks		
Coping Adaptativo	29	25,17	119	29,56	3,138	0,026

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: a **Bold** os valores significativos para $p < 0,05$

No que diz respeito à categoria profissional, constatou-se a existência de diferenças significativas a respeito dos *Estilos de Coping Adaptativos* e *Despersonalização*. Relativamente à primeira dimensão, podemos observar na Tabela 24 que os Enfermeiros utilizam mais este estilo de *coping* em comparação com os Médicos através da ANOVA Unidirecional que demonstrou que existe efeito das Categorias Profissionais sobre a variável Estilos de *Coping* Adaptativo [$F(3, 199) = 3,138$; $p < 0,05$] e, de seguida, realizou-se um Teste *Post-Hoc* DMS que revelou a existência de diferenças significativas em relação aos Médicos e Enfermeiros. Na segunda dimensão referenciada, observando a Tabela 23, pode-se observar que foram os Médicos que demonstraram valores mais elevados de despersonalização em comparação com os Técnicos [$\chi^2(2) = 11,043$; $p < 0,05$].

▪ *Funções de Chefia*

Tabela 25

Teste Mann-Whitney à variável Funções de Chefia

Variável	Chefia		Não Chefia		Z(U)	p
	n	Mean Ranks	n	Mean Ranks		
DASS	27	80,91	176	105,24	1806,5	0,045
Despersonalização		49,72		110,02	964,5	0,000

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: a **Bold** os valores significativos para $p < 0,05$

Nesta categoria, observou-se diferenças em relação à DASS e *Despersonalização*. Os dados obtidos foram iguais para a DP e escala total, revelando que nesta análise

exploratória comparativa entre chefias e não chefias, os indivíduos das chefias demonstraram possuir uma saúde mental melhor [$Z(U) = 1806,5; p=0,045$] e valores mais reduzidos de DP [$Z(U) = 964,5; p=0,000$].

▪ *Anos de Serviço*

Tabela 26

Teste de Kruskal-Wallis à variável Anos de Serviço (n=203)

	<2 anos		2-5 anos		6-10 anos		11-20 anos		>31 anos			
Variável	n	Mean Ranks	N	Mean Ranks	n	Mean Ranks	n	Mean Ranks	n	Mean Ranks	χ^2	p
Despersonalização						129,27				59,58	17,306	0,004
Coping Não Adaptativo	36		28	130,23	22		50	88,24	18		11,96	0,035
Exaustão Emocional		82,53				130,34				73,61	14,189	0,014

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: a **Bold** os valores significativos para $p < 0,05$

As dimensões nas quais se constatarem diferenças significativas foram a *Despersonalização*, os *Estilos de Coping Não Adaptativos* e *Exaustão*. Primeiramente, observou-se que os indivíduos com 6-10 anos de serviço reportaram níveis mais elevados de DP em comparação com os indivíduos com mais de 31 anos de serviço [$\chi^2(2) = 17,306; p < 0,05$]. Em segundo lugar, os inquiridos com 2-5 anos de experiência utilizaram mais Estratégias de *Coping Não Adaptativas* que os inquiridos que já têm 11-20 anos de serviço [$\chi^2(2) = 11,96; p < 0,05$]. Por fim, os participantes com 6-10 anos de serviço reportaram valores mais elevados de EE em comparação com os inquiridos com menos experiência (<2 anos) e mais experiência (>31 anos) [$\chi^2(2) = 14,189; p < 0,05$].

3.4 Discussão de Resultados

O capítulo anterior teve como objetivo a apresentação dos resultados obtidos neste estudo, dividido em duas categorias, nomeadamente o teste de hipóteses e a análise exploratória. O presente capítulo consistirá na discussão dos mesmos.

Teste de Hipóteses

No que diz respeito ao teste de hipóteses, a primeira hipótese “*H1: Os níveis de Ansiedade, Stress e Depressão estão elevados*” não foi confirmada, uma vez que, tendo em conta os resultados obtidos presentes na Tabela 15 e os pontos de corte disponíveis na Tabela 4, os valores médios encontram-se dentro do padrão da normalidade (0 - 4 pontos). Sugere-se que a pontuação elevada obtida na escala de Suporte Social possa exercer efeito nestes resultados, uma vez que, segundo Liu, Zhang, Wong, Hyun e Hahm (2020), valores mais altos de suporte social estão relacionados com níveis mais baixos de depressão e PTSD (Liu *et al.*, 2020). Além disso, devido ao facto de o período em análise ter ocorrido após 1 ano do início da pandemia, sugere-se que os profissionais em análise tenham desenvolvido estratégias para combater a angústia psicológica.

A segunda hipótese “*H2: Os Estilos de Coping Adaptativos são os mais usados pelos profissionais de saúde*” foi confirmada. No estudo de AlJhani e colaboradores (2021), observou-se o mesmo resultado, no entanto neste caso as pontuações mais altas pertenceram à religião, seguida pela aceitação e pensamento positivo.

Em situações extremas, a forma como as pessoas lidam com as circunstâncias são elas também extremas e muitas vezes pouco adaptativas. Os fenómenos de crise como os que foram vividos pelos profissionais de saúde de forma prolongada no tempo, poderiam ter levado a que um grande número de sujeitos reagisse de forma pouco habitual ao *stressor*, podendo refugiar-se em estratégias de *coping* de fuga, negação, fantasia, uso de substâncias (álcool e drogas), sentimentos de culpa, entre outros comportamentos considerados não adaptativos numa circunstância normal. No entanto, os valores médios das respostas dos participantes neste estudo não evidenciam isso, uma vez que os itens com maiores valores de média estão relacionados com estratégias de *coping* adaptativas, havendo um único item (crítica pessoal), que aparece nos 10 primeiros comportamentos de *coping* neste estudo. Uma explicação provável para estes resultados pode estar relacionada com o *timing* da recolha de dados, mais uma vez. Eventualmente, se os dados fossem recolhidos nas primeiras semanas ou meses do primeiro confinamento talvez encontrássemos mais situações não adaptativas na resposta de *coping*. Com algum tempo de experiência e “*endurance*” a lidar com o fenómeno, e devido a um foco muito atento dos serviços, colegas, familiares e chefias, é mais provável que os profissionais se orientassem ou fossem orientados por outros, para comportamentos de *coping* mais adaptativos.

A terceira hipótese “*H3: O Suporte Social percebido pelos profissionais de saúde é elevado*” foi confirmada, tendo em conta os valores médios obtidos presentes na Tabela 17 e os seus pontos de corte (alto: 5,1 - 7 pontos). Estes resultados estão em concordância com a investigação de Alnazly e colaboradores (2021), que defende que os profissionais de saúde sentem que estão a receber elevados níveis de suporte social (idem). Foi absolutamente clara a demonstração de solidariedade social, institucional e governamental para com esta população profissional em concreto durante as sucessivas vagas pandémicas. Nos meios de comunicação social, nas manifestações de agradecimento pelos cidadãos em suas casas confinados, na compra de equipamentos de proteção individual (EPIs), na contratação de mais profissionais, assim como na enorme visibilidade mediática de diversos especialistas nos canais televisivos e diferentes meios de comunicação, deixaram inequívoco o apreço que a sociedade tinha em relação a estes profissionais. “Estar na pele de profissional de saúde” durante todo o período crítico provocado pela Pandemia conduziu a um estado de grande referenciação positiva a estes profissionais que estavam a combater na primeira linha um inimigo que o cidadão normal nem sequer compreendia bem o que era. Por isso, a confirmação desta hipótese foi bastante previsível.

A seguinte hipótese “*H4: Existem sintomas de Burnout na amostra*” foi confirmada, uma vez que 37, 59 e 146 sujeitos reportaram sintomas de EE, DP e RP, respetivamente.

Tabela 27

Comparação percentual de sintomas de burnout de estudos anteriores com o atual

	Estudos Anteriores		Estudo Atual
	Alkhamees <i>et al.</i> (2021)	Pereira <i>et al.</i> (2021)	
EE	26,4%	43,5%	18,23%
DP	10,7%	45,5%	29,06%
RP	24%	59,8%	71,92%

Fonte: (Alkhamees *et al.*, 2021; Pereira *et al.*, 2021).

Como podemos ver na Tabela 27, os valores do estudo atual foram inferiores aos dos estudos anteriores de Alkhamees e colaboradores (2021) e Pereira e colaboradores (2021) nas dimensões EE e DP, no entanto a dimensão RP do estudo atual revelou um resultado superior.

No que diz respeito aos valores obtidos de estudos anteriores, estes podem ser justificados pelo facto de o tratamento e supervisão direta de pacientes com COVID-19

causar exaustão física e emocional substancial devido à necessidade de uma observação aprofundada das práticas de controlo e prevenção de infeções (Nishimura *et al.*, 2021). Outro motivo, tendo em conta o estudo de Wu e colaboradores (2020), pode ter origem no *stress* acumulado entre colegas e na grande probabilidade de se infetarem no seu local de trabalho.

Relativamente à terceira dimensão, alguns autores denominam-na de outra forma, nomeadamente por “eficácia profissional”. No estudo atual, estes valores foram superiores e podem ser considerado como um fator preditivo de *burnout*, uma vez que, segundo Leiter (1992), o *burnout* é uma consequência de crise de eficácia (Leiter, 1992). Ainda, Cherniss (1993) sugere que a falta de confiança nas suas competências é um fator crítico para o desenvolvimento de *burnout* (Cherniss (1993), citado por (Salanova & Rodríguez-Sánchez, 2009). Desta forma, devido à situação desafiante e nova que este grupo profissional enfrenta diariamente, é esperado que não se sintam realizados na sua totalidade pelo facto de este vírus continuar ativo e, consequentemente, o número de mortes continuar a aumentar.

Em relação à quinta hipótese “*H5: Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a Saúde Mental, os Estilos do Coping, o Suporte Social e o Burnout*”, seria de esperar que as dimensões do *Burnout* (EE, DP e RP) estivessem correlacionadas significativamente entre si por pertencerem à mesma escala. Em relação às dimensões da escala do *coping* e do *burnout*, estas também se encontram relacionadas entre si, sendo que os estilos de *coping* são utilizados regularmente para combater os sintomas de *burnout*. Por exemplo, os enfermeiros que reportem exaustão emocional devido às suas exigências profissionais, podem proteger-se através do uso de recursos positivos como estratégia de *coping* (Hobfoll, 1989, citado por (Pieters & Matheus, 2020). O suporte social é, também, considerado um fator de proteção cujo resultado pode consistir na diminuição da angústia psicológica e promoção dos pensamentos positivos, estando por isso relacionado com as estratégias de *coping* adaptativas. Woon e colaboradores (2021) afirmaram, ainda, que os valores elevados de suporte social contribuem para reduzir o impacto negativo do *Stress* na saúde física e mental e facilita o aproveitamento de estratégias de *coping* positivas (Woon *et al.*, 2021). Esta variável está relacionada com a terceira dimensão do *burnout*, RP, uma vez que os indivíduos que usufruem de relações pessoais e profissionais mais saudáveis e significativas têm um menor risco de *burnout* (Heath *et al.*, 2020). Por fim, a saúde mental está relacionada com as estratégias de *coping* adaptativas e com o *burnout*. Em primeiro lugar, a aplicação deste tipo de estratégias tem um efeito amortecedor e protetor na saúde mental já estudados em estudos anteriores

(Canestrari *et al.*, 2021; Pinho *et al.*, 2021). Em segundo lugar, a relação entre a depressão e o *burnout* já foi estudada anteriormente e os autores sugerem que o reconhecimento dos sintomas de *burnout* possa prever o surgimento de sintomas de Depressão (Alkhamees *et al.*, 2021). Por outro lado, Queirós e colaboradores (2020) defendem que a ansiedade é capaz de prever o *burnout*. Ainda, van Dam (2016) defende que o *stress* e a ansiedade estão associados com a fase inicial de *burnout* (van Dam, 2016).

As hipóteses 6, 7 e 8 não foram consideradas por não cumprirem um dos pré-requisitos necessários para a realização da Regressão Linear Simples. Os pré-requisitos que permitem a realização de análises de regressão linear são (i) Relação Linear entre Variável Dependente e Variável Independente; (ii) Mínimo de 20 participantes por cada Variável Independente; (iii) Valores Independentes; (iv) Resíduos Independentes; (v) Ausência de *Outliers*; (vi) Normalidade dos Resíduos; e (vii) Homocedasticidade. Como o quinto pré-requisito não foi confirmado, não se considerou o resultado final destas análises.

Por fim, a hipótese “*H9: A saúde mental dos profissionais de saúde é pior durante a pandemia se comparados períodos pré-pandemia em profissionais de saúde*” não foi confirmada, sendo que os motivos para estes resultados podem ser semelhantes aos motivos da primeira hipótese. No entanto, sugere-se que, assim como na investigação de Pinho e colaboradores (2021), os valores obtidos no início da pandemia sofram uma redução ao longo do tempo. Este acontecimento pode ser justificado pelo facto de que a pandemia deixar de ser considerada como uma ameaça nova e desconhecida e, ainda, porque, durante período de recolha de dados do presente estudo, já algumas entidades estariam a desenvolver vacinas para combater o vírus, produzindo uma sensação mais próxima do fim deste período desafiante.

Análises Exploratórias

A

Em relação à primeira secção que se baseia numa análise comparativa entre as variáveis demográficas em relação às variáveis escalares em estudo, foram encontradas diferenças significativas nas variáveis *Estado Civil* e *Número de Filhos*.

Em relação ao *Estado Civil*, efetuou-se um Teste de *Mann-Whitney* e concluiu-se que os inquiridos solteiros reportaram valores mais elevados da escala *DASS* e *Despersonalização*. Estes valores estão de acordo com os resultados do estudo de Elbay e colaboradores (2020) que afirma que o valor reduzido da escala *DASS* estava associado com o facto de um indivíduo ser casado. Ainda, Alkhamees e colaboradores (2021)

defendem que os indivíduos solteiros ou divorciados eram mais propensos a demonstrar sintomas de *burnout*. Este resultado está também relacionado com o suporte social, uma vez que os indivíduos casados, percecionam um nível mais elevado de suporte social do que os indivíduos solteiros, obtendo, por isso, resultados melhores a nível de saúde mental.

No que diz respeito à segunda questão relativa ao *número de filhos*, realizou-se um Teste de *Kruskal-Wallis* e admitiu-se que os indivíduos sem filhos possuíam uma saúde mental pior e níveis elevados de *Despersonalização* em comparação com indivíduos com apenas um filho. No estudo de Elbay e colaboradores (2020) obteve-se o mesmo resultado. Os indivíduos com apenas um filho podem experienciar uma sensação de propósito e, assim, tal como no estudo de Smallwood, Pascoe, Karimi e Willis (2021), desenvolverem atitudes altruístas como uma forma de encontrar aceitação e controlo das circunstâncias (Smallwood et al., 2021).

B

Na secção B, o objetivo consistiu em explorar de uma forma comparativa as diferenças em termos das variáveis escalares nas variáveis profissionais e obteve-se diferenças significativas nas variáveis *Categoria Profissional*, *Funções de Chefia* e *Anos de Serviço*.

Quanto à *Categoria Profissional*, realizou-se dois testes: o Teste de *Kruskal-Wallis*, no qual a diferença significativa foi na dimensão da *Despersonalização* entre os Médicos e os Técnicos; e o teste unidirecional *ANOVA*, em que a diferença significativa descoberta foi na dimensão dos *Estilos de Coping Adaptativos* entre os Enfermeiros e os Médicos. Em relação à DP, assim como no estudo de Mousavi-Asl e colaboradores (2021), os médicos revelaram valores mais elevados e a justificação possa ser pelo facto de possuírem menos contacto direto com os pacientes e, assim, menor perceção das consequências das suas ações com os pacientes. Os enfermeiros da presente amostra recorreram mais a estratégias adaptativas de *coping* em comparação com os médicos.

Tabela 28

Estratégias de Coping Adaptativo mais utilizadas pelos Enfermeiros

Item	Média	DP
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer. (P)	2,26	0,631
Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho). (CA)	2,17	0,74
Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação. (CA)	2,16	0,748

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: P = Planeamento e CA = *Coping* Ativo

Tabela 29*Estratégias de Coping Adaptativo mais utilizadas pelos Médicos*

Item	Média	DP
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer. (P)	2,07	0,593
Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação. (P)	1,97	0,778
Tento aprender a viver com a situação. (A)	1,93	0,799

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: P = Planejamento e A = Aceitação

As Tabelas 28 e 29 revelam as estratégias de *coping* adaptativo mais utilizadas pelos Enfermeiros e pelos Médicos, demonstrando que os Enfermeiros privilegiam estratégias de *Coping Ativo* e os Médicos de *Planeamento*. Logo, uma razão para esta diferença significativa pode estar relacionada com as características de cada profissão, reforçando que os enfermeiros necessitam de ser mais dinâmicos no seu dia-a-dia e, por isso, utilizarem este tipo de estratégias adaptativas com maior frequência. Ainda, os enfermeiros estão mais habituados ao contato próximo e constante com os utentes e, devido à situação atual, os médicos que não possuíam a mesma proximidade podem ter sido obrigados a fazê-lo, provocando uma mudança acentuada nas suas responsabilidades.

Nas análises exploratórias à variável *Funções de Chefia*, recorreu-se ao Teste de *Mann-Whitney* e constatou-se que os inquiridos com funções de chefia possuíam uma saúde mental melhor e valores inferiores de *Despersonalização*. Uma vez que, normalmente estes indivíduos não se encontram na fila da frente de combate a novas ameaças, esta diferença com os indivíduos sem estas responsabilidades pode produzir maiores sensações de segurança. Além disso, este grupo costuma ser informado com maior antecedência de novos protocolos e regras, bem como da situação em que se inserem, percecionando também maior sensação de controlo da situação.

Por fim, na análise à variável *Anos de Serviço*, realizou-se um Teste de *Kruskal-Wallis* e concluiu-se que os indivíduos com menor experiência estão mais propícios a desenvolver sintomas de *burnout* (*Despersonalização* e *Exaustão Emocional*) e a praticar *Estilos de Coping Não Adaptativos*. No que diz respeito às dimensões do *burnout*, os inquiridos mais prejudicados foram aqueles com menos anos de serviço. Uma vez que, os inquiridos com mais anos de serviços, além de se sentirem mais seguros e confortáveis com os desafios do seu dia-a-dia, podem já ter experienciado situações semelhantes à atual, nomeadamente epidemia SARS (2002). Logo, é esperado que as exigências da situação atual sejam aceites com maior facilidade por este grupo. Ainda, AlJhani e colaboradores (2021), Matsuo Kobayashi, Taki, Sakamoto, Uehara, Mori e Fukui (2020)

e Alkhamees e colaboradores (2021) sustentam que aqueles com menos anos de experiência são mais propícios a experienciar *burnout* (AlJhani et al., 2021; Alkhamees et al., 2021; Matsuo et al., 2020).

Em suma, ao contrário do que alguns estudos defenderam, a saúde mental dos profissionais de saúde encontra-se nos valores considerados normais e detetou-se a existência de *burnout* na amostra. Além disso, o suporte social revelou valores elevados e o tipo de estratégias mais utilizadas pelos profissionais de saúde em estudo foram as adaptativas. Relativamente às análises exploratórias, constatou-se que os fatores de risco na presente amostra são indivíduos solteiros, sem filhos, sem funções de chefia e menos experientes. Ainda, em relação à Categoria Profissional, os Médicos em comparação com outras categorias, demonstraram os valores mais negativos, nomeadamente em relação à DP e aos Estilos de *Coping* Adaptativos.

4.1 Conclusões

No início desta investigação, surgiram determinadas questões relacionadas com a saúde mental dos profissionais de saúde em Portugal, nomeadamente, como esta foi afetada, a existência ou não da síndrome de *burnout*, as estratégias mais adequadas ou menos adequadas por este grupo e, por fim, a sua perceção em termos de suporte social.

Após a realização do presente estudo, utilizando os instrumentos DASS-21, MBI-HSS, Brief COPE e MSPSS numa amostra de 203 profissionais de saúde, conseguiu-se obter os resultados esperados para responder às perguntas iniciais.

No que diz respeito à Saúde Mental, as dimensões da *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* revelaram encontrar-se dentro dos padrões da normalidade da escala total e, contrariamente ao que se esperava, não se verificou um aumento dos valores em comparação com estudos anteriores.

Os participantes do presente estudo reportaram sintomas de *burnout*, ainda que um número reduzido tenha relatado sintomas de Exaustão Emocional e Despersonalização, no que diz respeito a reduzida Realização Pessoal, esta foi relatada pela maior parte dos inquiridos.

De forma a combater os desafios constantes deste fenómeno, constatou-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas foram as adaptativas, nomeadamente, o *Planeamento* e o *Coping Ativo*. No entanto, a segunda estratégia mais utilizada pertenceu à classe das estratégias não adaptativas, consistindo na *autoculpabilização*.

Por fim, a última questão colocada correspondeu à perceção de suporte social durante o período em análise e, os resultados obtidos demonstraram que os profissionais de saúde a consideraram elevada.

Assim, pode-se concluir que os profissionais de saúde em Portugal, durante o período em análise, detetaram estratégias funcionais para combater este inimigo, de forma a proteger a sua saúde mental e contando com o apoio de familiares, colegas e amigos.

4.2 Limitações

A primeira limitação do estudo consiste na extensão do questionário divulgado. O fato de conter quatro variáveis em simultâneo e, ainda, questões sociodemográficas, contribuiu para que este fosse constituído por um total de 94 questões. Por isso, acreditamos que, a certo ponto, a precisão e atenção dos inquiridos não fosse igual à inicial.

A segunda limitação pode ter sido a desconfiança dos inquiridos, dado que, apesar de se tratar de um questionário anónimo, a temática pode ter desenvolvido inseguranças nos inquiridos e muitos podem ter respondido de forma “politicamente correta”.

A terceira limitação consiste no método de divulgação selecionado, o método “bola de neve”. Este método retira certo controlo dos investigadores, nomeadamente no que diz respeito ao perfil dos inquiridos. Por exemplo, no estudo atual, o local de residência dos inquiridos foi na sua maioria no Norte, quando o objetivo seria a existência de um equilíbrio.

A quarta limitação prende-se no número de inquiridos, uma vez que apesar de não se considerar uma amostra reduzida, seria mais realista se o número fosse mais elevado.

A quinta limitação consiste no desequilíbrio de profissionais e do género dos mesmos, uma vez que a amostra é composta maioritariamente por Enfermeiros do sexo feminino.

Por fim, a última limitação prende-se no tipo de instrumento utilizado para medir as variáveis em estudo: autorrelatos. Este tipo de análise, por vezes, não corresponde à realidade, uma vez que os participantes expõem o que acreditam momentaneamente e podem estar a enganar-se a si próprios, comprometendo a veracidade do seu testemunho.

4.3. Sugestões de investigação e intervenção futura

Para futuras investigações, indicam-se algumas sugestões. Em primeiro lugar, optar por uma recolha de dados estratificada do país inteiro para concluir resultados mais fidedignos do paradigma nacional. Em segundo lugar, estudar os moderadores de *stress* que não foram analisados neste estudo, como a resiliência, os traços de personalidade e a autoestima. Em terceiro lugar, averiguar a diferença entre médicos e enfermeiros relativamente à dimensão da *Realização Pessoal* e à utilização de Estratégias de *Coping Adaptativas*. Em quarto lugar, realizar-se um estudo misto, ou seja, uma investigação quantitativa e qualitativa, uma vez que a utilização de entrevistas ou *focus groups* poderia proporcionar uma profundidade e perceção do fenómeno mais detalhada. Por último, substituir o método de autorrelato por monitorizações através de *gadgets*, nomeadamente *Smartwatches* ou capacetes para EEG, ou através de respostas galvânicas da pele ou miografia, ou seja, substituir os dados da presente investigação por dados biométricos. Ainda, sugere-se que se inclua relatos de entes queridos ou colegas de trabalho, de forma a complementar os autorrelatos ou até contradizê-los.

- AlJhani, S., AlHarbi, H., AlJameli, S., Hameed, L., AlAql, K., & Alsulaimi, M. (2021). Burnout and coping among healthcare providers working in Saudi Arabia during the COVID-19 pandemic. *Middle East Current Psychiatry*, 28(29), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00108-6>
- Alkhamees, A. A., Assiri, H., Alharbi, H. Y., Nasser, A., & Alkhamees, M. A. (2021). Burnout and depression among psychiatry residents during COVID-19 pandemic. *Human Resources for Health*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00584-1>
- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS ONE*, 16(3 March), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a Língua Portuguesa da Depression , Anxiety And Stress Scale (DASS). *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(6), 1–9.
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Bramanti, S. M., & Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, 293(July), 113366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>
- Canestrari, C., Bongelli, R., Fermani, A., Riccioni, I., Bertolazzi, A., Muzi, M., & Burro, R. (2021). Coronavirus Disease Stress Among Italian Healthcare Workers: The Role of Coping Humor. *Frontiers in Psychology*, 11(January), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.601574>
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007). Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 325–332. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000300004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Avaliação Psicológica Em Contexto Clínico*, 54, 309–358. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_54_13
- Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long : Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.
- Chaiça, I. (2020). *Primeiro caso em Portugal foi há três meses. Dos infectados, 60% já recuperaram.* <https://www.publico.pt/2020/06/02/sociedade/noticia/caso-portugal-ha-tres-meses-infectados-60-ja-recuperaram-1918976>
- DGS. (2021). *Ponto de Situação Atual em Portugal.* <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>
- Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., & Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research*, 290(May), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
- Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The Role of Resilience in Reducing Burnout: A Study with Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Social Sciences*, 10(317), 1–13. <https://doi.org/10.3390/socsci10090317>

- Gündoğmuş, İ., Ünsal, C., Bolu, A., Takmaz, T., Ökten, S. B., Aydın, M. B., Uçar, H., Gündüz, A., & Kul, A. T. (2021). The comparison of anxiety, depression and stress symptoms levels of healthcare workers between the first and second COVID-19 peaks. *Psychiatry Research*, 301(April), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113976>
- Halbesleben, J. R. B., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, 30(6), 859–879. <https://doi.org/10.1016/j.jm.2004.06.004>
- Hammond, N. E., Crowe, L., Abbenbroek, B., Elliott, R., Tian, D. H., Donaldson, L. H., Fitzgerald, E., Flower, O., Grattan, S., Harris, R., Sayers, L., & Delaney, A. (2021). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels. *Australian Critical Care*, 34(2), 146–154. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.12.004>
- Hart, P. L., Brannan, J. D., & de Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720–734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>
- Heath, C., Sommerfield, A., & von Ungern-Sternberg, B. S. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*, 75(10), 1364–1371. <https://doi.org/10.1111/anae.15180>
- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLoS ONE*, 15(5), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>
- Kılınç, T., & Sis Çelik, A. (2020). Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID-19 pandemic: A study from Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, October, 1–9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12648>
- Kroencke, L., Geukes, K., Utesch, T., Kuper, N., & Back, M. D. (2020). Neuroticism and emotional risk during the COVID-19 pandemic. *Journal of Research in Personality*, 89, 104038. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.104038>
- Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6(3), 186–189. file:///C:/Users/HP/Downloads/Burnout_in_psychiatrist.pdf
- Labrague, L. J. (2020). *Psychological Resilience , Coping Behaviours , and Social Support among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Quantitative Studies*. 1–28. <https://doi.org/10.1101/2020.11.05.2022641>
- Labrague, L. J., & De los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1653–1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
- Leiter, M. P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6(2), 107–115. <https://doi.org/10.1080/02678379208260345>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2032), 1–9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7143846/pdf/ijerph-17-02032.pdf>
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G., Hyun, S., & Hahm, H. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatric Research*, 290, 2–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>

- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90. <https://doi.org/10.14417/lp.763>
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA Network Open*, 3(8), e2017271. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17271>
- Mattson, E., James, L., & Engdahl, B. (2018). Personality Factors and Their Impact on PTSD and Post-traumatic Growth is Mediated by Coping Style Among OIF/OEF Veterans. *Military Medicine*, 183, 475–480. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx201>
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1997). Personality Trait Structure as a Human Universal. *American Psychologist*, 52(5), 509–516.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the Five-Factor Model of Personality Across Instruments and Observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81>
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and its Applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175–215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Mealer, M., Jones, J., & Meek, P. (2017). Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *Am J Crit Care*, 26(3), 184–192. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017798>
- Mousavi-Asl, B., Firouzifar, M., Noury, L., Khamushian, P., Mousavi-Asl, D., & Heidari, F. (2021). Burnout among health care providers during covid-19 outbreak. *Acta Medica Iranica*, 59(2), 108–112. <https://doi.org/10.18502/acta.v59i2.5577>
- Mucci, F., Mucci, N., & Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: psychological aspects of COVID-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatric*, 17(2), 63–64. <https://doi.org/https://doi.org/10.36131/CN20200205>
- Nikčević, A. V., Marino, C., Kolubinski, D. C., Leach, D., & Spada, M. M. (2021). Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 279(October 2020), 578–584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>
- Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2020). The COVID-19 anxiety syndrome scale: Development and psychometric properties. *Psychiatry Research*, 292(July). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113322>
- Nishimura, Y., Miyoshi, T., Hagiya, H., Kosaki, Y., & Otsuka, F. (2021). Burnout of healthcare workers amid the covid-19 pandemic: A Japanese cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–8. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052434>
- Öksüz, E., Demiralp, M., Mersin, S., Tüzer, H., Aksu, M., & Sarıkoc, G. (2019). Resilience in nurses in terms of perceived social support, job satisfaction and certain variables. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 423–432. <https://doi.org/10.1111/jonm.12703>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição Para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229–239. <file:///C:/Users/HP/Downloads/76.pdf>
- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3–15.
- Pereira, J. M., Silva, C., Freitas, D., & Salgado, A. (2021). Burnout among Portuguese

- radiographers during the COVID-19 pandemic. *Radiography*, 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.radi.2021.05.001>
- Pieters, W. R., & Matheus, L. (2020). Improving general health and reducing burnout of nurses in Namibia. *SA Journal of Human Resource Management*, 18, 1–13.
<https://doi.org/10.4102/sajhrm.v17i0.1138>
- Pinho, L., Correia, T., Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L., Lopes, M., & Fonseca, C. (2021). The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study. *Environmental Research*, 195, 2–9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110828>
- Prentice, C., Zeidan, S., & Wang, X. (2020). Personality, trait EI and coping with COVID 19 measures. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51(July), 101789. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101789>
- Queirós, C., Borges, E., Mosteiro, P., Abreu, M., & Baldonado, M. (2020). Personalidade, Ansiedade e Vulnerabilidade ao Burnout em Enfermeiros: Um Estudo Comparativo Portugal/Espanha. *Suplemento Digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 83–89.
- Rathod, S., Roy, L., Ramsay, M., Das, M., Birtwistle, J., & Kingdon, D. (2000). A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatric Bulletin*, 24(4), 133–136. <https://doi.org/10.1192/pb.24.4.133>
- Reinert, K. G., Campbell, J., Bandeen-Roche, K., Sharps, P., & Lee, J. (2015). Gender and Race Variations in the Intersection of Religious Involvement, Early Trauma, and Adult Health. *J Nurs Scholarsh*, 47(4), 318–327.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12144>
- Riaz, S., Saleem, Y., Hazrat, H., Ahmed, F., Sajid, U., Qadri, S. F., & Rufan, S. (2020). Mental Health Outcomes and Coping Strategies Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *International Journal of Endorsing Health Science Research (Ijehsr)*, 08(02), 56–66.
<https://doi.org/10.29052/ijehsr.v8.i2.2020.56-66>
- Rock, D., Siegel, D. J., Poelmans, S. A. Y., & Payne, J. (2012). The Healthy Mind Platter. *NeuroLeadership Journal*, 4, 4–26.
- Salanova, M., & Rodríguez-Sánchez, A. (2009). *Looking for The Positive Side of Occupational Health at Work*.
- Salik, S., Masroor, U., & Khan, M. J. (2020). Psychological Vulnerability, Resilience and Social Support among Healthcare Professionals During COVID19: a Cross Cultural Study. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 70(1), 331–335.
- Santos, H. S. R. T. (2020). *Liderança Autêntica Como Fator Determinante No Engagement e Burnout Dos Colaboradores*. Instituto Politécnico do Porto.
- Savitsky, B., Findling, Y., Ereli, A., & Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 46(April), 102809. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102809>
- Smallwood, N., Pascoe, A., Karimi, L., & Willis, K. (2021). Moral distress and perceived community views are associated with mental health symptoms in frontline health workers during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 1–18.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18168723>
- van Dam, A. (2016). Subgroup Analysis in Burnout: Relations Between Fatigue, Anxiety, and Depression. *Frontiers in Psychology*, 7(February), 1–9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00090>
- Vanheule, S., Rosseel, Y., & Vlerick, P. (2007). The factorial validity and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory for human services. *Stress and Health*, 23(2), 87–91. <https://doi.org/10.1002/smi.1124>

- Vicente, C. S. R. (2013). *A Compreensão do Fenómeno de Burnout nos Prestadores de Cuidados a Idosos Doentes Crónicos* [Universidade de Évora].
<http://www.rdp.uevora.pt/bitstream/10174/17932/1/TESE DE DOUTORAMENTO CV.pdf>
- WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Woon, L. S. C., Mansor, N. S., Mohamad, M. A., Teoh, S. H., & Leong Bin Abdullah, M. F. I. (2021). Quality of Life and Its Predictive Factors Among Healthcare Workers After the End of a Movement Lockdown: The Salient Roles of COVID-19 Stressors, Psychological Experience, and Social Support. *Frontiers in Psychology*, 12(April), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652326>
- Worldometer. (2021). *COVID-19 Coronavirus Pandemic*.
https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1?%22
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., & Qian, Y. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e60–e65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
- Zimet, G. (2016). *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (Issue December).
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2